



HAL
open science

Prévention des traumatismes périnéaux : état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de santé d'Auvergne

Morgane Jaffuel

► **To cite this version:**

Morgane Jaffuel. Prévention des traumatismes périnéaux : état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de santé d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00905296

HAL Id: dumas-00905296

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905296v1>

Submitted on 18 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de Médecine

PREVENTION DES TRAUMATISMES PERINEAUX

**Etat des lieux des connaissances et pratiques des
professionnels de santé d'Auvergne**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR

Morgane JAFFUEL

Née le 19 janvier 1990

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2013**

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de Médecine

PREVENTION DES TRAUMATISMES PERINEAUX

**Etat des lieux des connaissances et pratiques des
professionnels de santé d'Auvergne**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR

Morgane JAFFUEL

Née le 19 janvier 1990

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2013**

Remerciements

Je remercie toutes les personnes m'ayant accompagnée et aidée lors de la réalisation de ce mémoire :

Mon directeur de mémoire, Monsieur Savary, il m'a apporté ses conseils avisés tout au long de ce travail et m'a consacré de son temps personnel.

Madame Viallon, sage-femme enseignante référente, elle m'a guidée, rassurée et encouragée pour ce mémoire.

Mes parents, mon frère et Thibaut pour leur aide, leur soutien et leur présence à mes côtés.

Toutes les autres personnes présentes à mes côtés depuis le début de mes études de sages-femmes.

Un grand merci à Amélie, Aude, Marie, Mélanie, Lucile, Sophie et à ma promotion 2008-2013 pour ces bons moments passés ensemble.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I) Anatomie	10
1) Généralités.....	10
2) Le plan superficiel du périnée.....	11
3) Plan moyen du périnée ou du diaphragme uro-génital	12
4) Plan profond du périnée ou diaphragme pelvien	13
II) Rôle du périnée.....	15
III) Physiologie du périnée lors de l'accouchement	16
1) Le diaphragme pelvien et l'accouchement.....	16
2) Modification du segment ano-coccygien	17
3) Ampliation du segment ano-vulvaire	17
4) L'orifice vulvaire	17
IV) Déchirures périnéales	17
1) Mécanismes des déchirures périnéales	17
2) Facteurs étiologiques des déchirures périnéales.....	18
3) Etude anatomo-clinique	19
V) L'épisiotomie	20
1) Définition	20
2) Epidémiologie	21
3) Indications	22
4) Les effets indésirables	23
5) Les sutures de l'épisiotomie	24
VI) Méthodes de préventions des traumatismes périnéaux	25
1) Pendant la grossesse	25
2) Pendant le travail	27
3) Pendant l'expulsion.....	28

MATERIELS ET METHODE

I) Objectifs de la recherche.....	35
II) Etude	35

RESULTATS

I) Description de la population	39
II) Les connaissances des professionnels de santé	42
III) La pratique des professionnels de santé	51

DISCUSSION

I) Analyse de l'étude.....	62
II) Analyse des résultats.....	63
III) Projet d'action	71

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Nous savons depuis longtemps que la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de troubles périnéaux et parfois de séquelles. En effet, les déchirures périnéales étaient rapportées par l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert : « les déchirements de cette partie ont principalement lieu chez les femmes ; les accouchements laborieux, ou la maladresse du chirurgien, en sont les causes les plus fréquentes » [1].

Aujourd'hui dans une politique d'amélioration continue de la qualité des soins, la sage-femme accompagne les femmes et les couples à la naissance de leur enfant. Elle se doit de préserver l'intégrité physique et psychique de la femme. Il est donc nécessaire que des actions de prévention des traumatismes périnéaux soient effectuées pour assurer une santé physique, émotionnelle et sexuelle des mères. En effet, les lésions périnéales lors de la naissance sont associées à une morbidité significative à court et à long terme. Elles ont un impact négatif sur l'aptitude des mères à allaiter et à répondre aux besoins de leur nouveau-né. La mise en place du lien mère-enfant en est perturbée.

Ainsi de nombreuses méthodes de prévention des traumatismes périnéaux ont été présentées notamment le massage périnéal, l'utilisation de compresses chaudes, l'accouchement en décubitus latéral, la réduction du taux d'épisiotomie.

Cependant ces méthodes de prévention sont-elles efficaces ? Sages-femmes, gynécologues obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique réalisent-ils encore des manœuvres pouvant endommager le périnée alors que cela semble évitable ? Ces professionnels connaissent-ils les méthodes ayant une efficacité prouvée dans la prévention des traumatismes périnéaux ?

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de la littérature sur l'anatomie du périnée, son rôle, sa physiologie lors de l'accouchement et les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux. Nous avons ensuite étudié les connaissances des sages-femmes, gynécologues obstétriciens et internes en gynécologie obstétrique, leurs pratiques en adéquation avec les données de la littérature ou les recommandations.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

LE PERINEE

Le périnée est un ensemble musculo-aponévrotique limitant en bas, le petit bassin. Du point de vue morphologique et fonctionnel, il est indissociable des organes génitaux externes et du canal anal. Dans la terminologie obstétricale courante, le périnée se limite à la région comprise entre l'orifice vaginal et l'anus. C'est la région la plus intéressée par les déchirures lors de l'accouchement [1].

I) Anatomie

1) Généralités

En position verticale, le périnée est un espace étroit caché par les cuisses. Il se prolonge en arrière par le sillon inter fessier et en avant par le pubis.

En position gynécologique, il a une configuration losangique à grand axe antéropostérieur, et est défini par :

- La symphyse pubienne en avant
- L'apex du coccyx en arrière
- Les tubérosités ischiatiques latéralement

Ces dernières permettent de diviser le périnée en deux segments triangulaires :

- Le triangle antérieur ou périnée urogénital qui est traversé par l'urètre et le vagin.
- Le triangle postérieur ou périnée anal qui est traversé par le segment terminal du tube digestif.

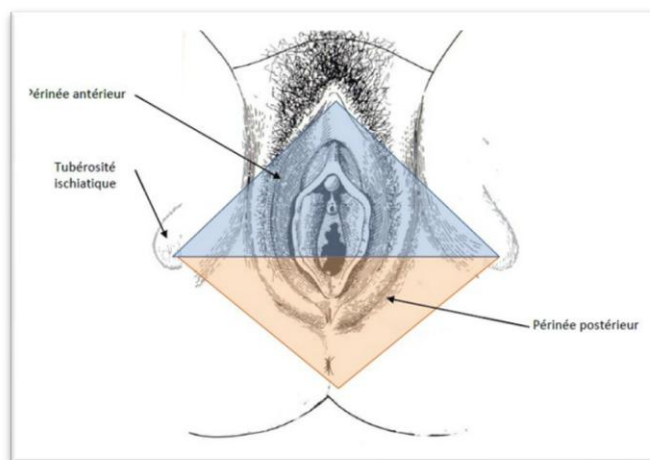


Figure 1 : Périnée féminin.

Le périnée est constitué globalement par trois plans musculo-fibreux superposés :

- Le plan superficiel comprenant plusieurs groupes musculaires,
- Le plan moyen compris entre les deux fascias du diaphragme urogénital
- Le plan profond ou diaphragme pelvien.

2) Le plan superficiel du périnée

Il est formé par groupe de cinq muscles dont l'un est inconstant.

a) Le muscle sphincter externe de l'anus

Il entoure la partie inférieure du canal anal et présente trois parties. Une partie sous cutanée circonscrit l'anus, une partie superficielle encercle le canal anal. Elle s'insère en arrière sur le ligament anococcygien (structure musculo-tendineuse tendue entre la partie superficielle du muscle sphincter externe de l'anus et l'apex du coccyx) et en avant sur le centre tendineux du périnée. La partie profonde est épaisse et s'insère en arrière au muscle pubo-rectal.

Le rôle de ce sphincter est d'assurer l'occlusion du rectum.

b) Le muscle constricteur de la vulve

C'est une nappe musculaire placée contre la paroi latérale du vagin. Il s'étend entre le centre tendineux du périnée en arrière et le septum uréthro-vaginal en avant.

c) Le muscle ischio-caverneux

C'est un muscle pair en forme de cornet satellite du corps caverneux. Il naît sur la branche de l'ischion, autour de l'insertion du corps caverneux qu'il entoure. Il se porte en avant et médialement pour se terminer sur l'albuginée du corps caverneux. Les fibres les plus médiales se mêlent au muscle bulbo-spongieux. Par sa forme, il comprime le corps caverneux.

d) Le muscle bulbo-spongieux

C'est un muscle pair, satellite du bulbe vestibulaire. Il naît du centre tendineux du périnée. Il recouvre la face latérale de la glande vestibulaire majeure et du bulbe et se termine par deux faisceaux:

- le faisceau inférieur s'insère à la face inférieure du corps du clitoris.
- Le faisceau supérieur s'insère sur la face supérieure du clitoris formant une sangle avec le faisceau opposé : le muscle compresseur de la veine dorsale du clitoris.

Ce muscle permet de favoriser l'érection du clitoris, de comprimer la glande vestibulaire majeure et de rétrécir l'introït vaginal.

e) Le muscle transverse superficiel

Il s'agit d'un muscle inconstant, tendu transversalement de la face interne de l'ischion au centre tendineux du périnée. Comme le muscle transverse profond du périnée, il stabilise le centre tendineux du périnée et favorise l'action des muscles qui s'y insèrent.

3) Plan moyen du périnée ou du diaphragme uro-génital

Il est étendu exclusivement au triangle antérieur du périnée et se constitue de deux muscles:

- le muscle transverse du périnée (paire et symétrique)
- le muscle sphincter de l'urètre

Ces muscles sont compris entre les fascias supérieur et inférieur du diaphragme uro-génital.

a) Muscle transverse profond du périnée

C'est un muscle triangulaire, tendu transversalement de la face interne de l'ischion au centre tendineux du périnée et du vagin. La contraction simultanée des deux muscles immobilise le centre tendineux du périnée et favorise l'action des muscles qui s'y insèrent.

b) Muscle sphincter de l'urètre

Il entoure l'urètre sur une hauteur de 20 à 25 mm.

Ce muscle est constitué par des fibres annulaires de deux types:

- des fibres profondes circulaires
- des fibres périphériques partent en avant du fascia inférieur du diaphragme uro-génital, s'entrecroisent en arrière avec celles du côté opposé et se terminent sur le centre tendineux du périnée.

Il permet l'occlusion de l'urètre et l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

c) Fascia supérieur et inférieur du diaphragme uro-génital

Ils se fixent latéralement sur la face interne de la branche ischio-pubienne. En avant, ils fusionnent pour constituer le ligament transverse du périnée. Ils se rejoignent en arrière des muscles transverses profonds du périnée.

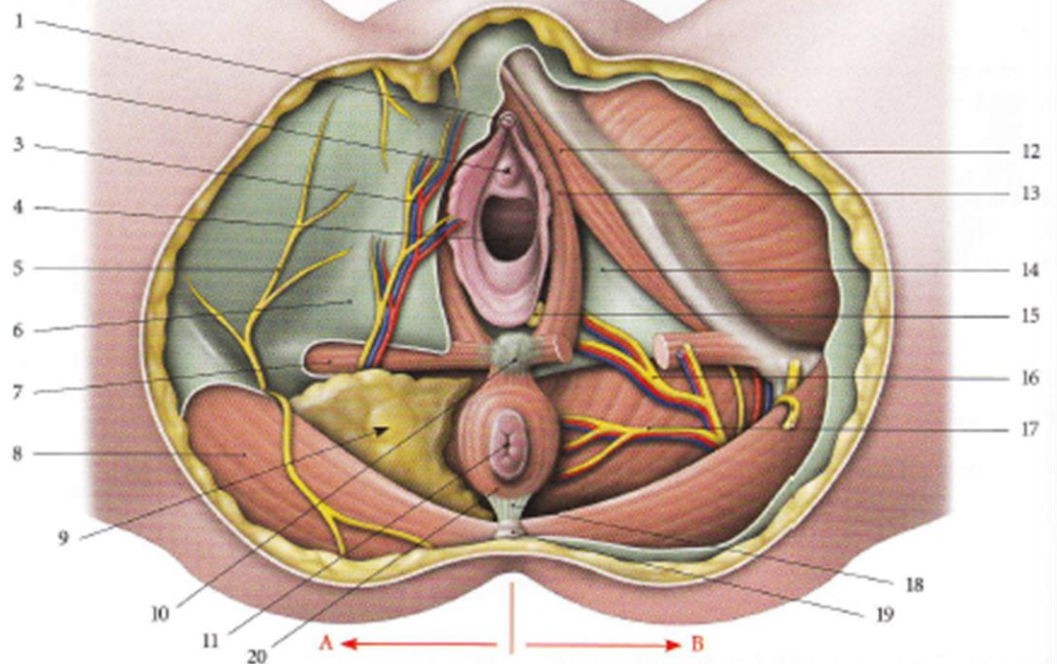


Figure 2 **Périnée féminin (position gynécologique)**

A. région sous-cutanée
 B. espace superficiel du périnée et fosse ischio-rectale

1. gland du clitoris
2. ostium externe de l'urètre
3. a., v. et n. périnéaux superficiels
4. orifice vaginal
5. r. périnéal du n. cutané post. de la cuisse
6. fascia superficiel du périnée
7. m. transverse superficiel
8. m. grand fessier
9. fosse ischio-rectale

10. corps périnéal
11. anus
12. m. ischio-caverneux
13. m. bulbo-spongieux
14. fascia inf. du diaphragme uro-génital (membrane périnéale)
15. glande vestibulaire majeure
16. a., v. et n. périnéaux profonds
17. a. et v. rectales inf. et n. amal (ou rectal) inf.
18. corps ano-coccygien
19. apex du coccyx
20. m. sphincter externe de l'anus

4) Plan profond du périnée ou diaphragme pelvien

Le diaphragme pelvien est un hamac musculo-tendineux séparant la cavité pelvienne du périnée.

Il est constitué par deux muscles pairs et symétriques : les muscles élévateurs de l'anus et les muscles coccygiens.

Il présente sur son axe sagittal :

- en avant, le hiatus uro-génital traversé par le vagin et l'urètre.
- en arrière, le hiatus anal contenant le canal anal.

a) Muscle élévateur de l'anus ou "muscle releveur de l'anus"

Il est composé de deux entités anatomiques distinctes:

- la sangle pubo-rectale
- la plaque des releveurs

Ces dernières font du muscle élévateur de l'anus un muscle essentiel du diaphragme pelvien.

i) La sangle pubo-rectale

C'est un muscle en fer à cheval dont chaque extrémité s'insère sur le pubis, à droite et à gauche, en se confondant avec les insertions publiennes des pubo-coccygiens. Elle est située dans un plan sous-jacent et quasi-perpendiculaire à celui de la plaque des releveurs puisque la plaque des releveurs est aplatie de haut en bas, tandis que chaque branche pubo-rectale est aplatie transversalement. Ainsi disposée, la sangle pubo-rectale enserre dans sa concavité l'urètre, le vagin et le canal anal au niveau duquel elle se confond ou échange des fibres avec le faisceau profond du sphincter externe de l'anus.

La tonicité de cette sangle musculaire contribue à la continence urinaire et anale ainsi qu'au caractère virtuel de la cavité du premier segment vaginal.

ii) La plaque des releveurs

C'est une nappe musculaire horizontale tendue d'une paroi pelvienne à l'autre. Elle est constituée de chaque côté et d'avant en arrière par :

- les muscles ischio-coccygiens. Ils s'étendent des épines sciatiques aux bords latéraux du sacrum et du coccyx. Ces muscles ont une mobilité réduite puisque leurs insertions sont fixes.
- les muscles ilio-coccygiens. Ces muscles aplatis s'insèrent sur l'aponévrose des muscles obturateurs de chaque côté en dessinant un repli tendineux. Les deux nappes musculaires, droite et gauche, s'unissent sur la ligne médiane en un raphé médian tendu entre l'anus et le coccyx au-dessus du ligament ano-coccygien.
- les muscles pubo-coccygiens. Ils longent les bords internes des ilio-coccygiens et se terminent par des expansions dorsales sur les bords latéraux du coccyx.

iii) Le muscle coccygien

C'est un muscle accessoire, triangulaire et adhérent au ligament sacro-épineux. Il naît de la face interne de l'épine ischiatique et se termine sur les bords latéraux du coccyx et des vertèbres sacrées S4 et S5.

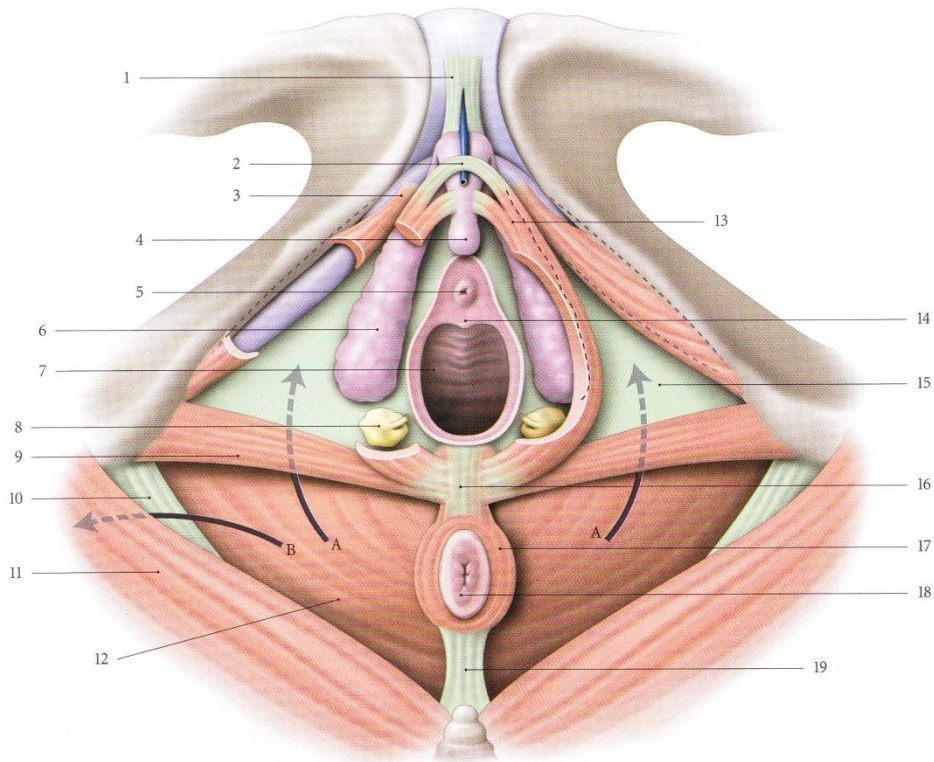


Figure 3 Périnée féminin : topographie, muscles (vue inférieure)

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| A, B, fosse ischio-rectale (A vers son récessus ant., B vers son récessus post.) | 6. bulbe vestibulaire | 13. m. bulbo-spongieux |
| 1. lig. suspenseur du clitoris | 7. vagin | 14. carina urétrale du vagin |
| 2. m. compresseur de la v. dorsale du clitoris | 8. glande vestibulaire majeure | 15. fascia inf. du diaphragme uro-génital (membrane périnéale) |
| 3. corps caverneux | 9. m. transverse superficiel | 16. corps périnéal |
| 4. gland du clitoris | 10. lig. sacro-tubéral | 17. m. sphincter externe de l'anus |
| 5. ostium externe de l'urètre | 11. m. grand fessier | 18. anus |
| | 12. m. élévateur de l'anus | 19. corps ano-coccygien |

II) Rôle du périnée

Le périnée tient un rôle important dans la statique et la dynamique des viscères pelviens.

Sur le plan statique, il assure une part du soutènement des viscères puisqu'il constitue la fermeture inférieure du bassin.

Le périnée assure également un rôle important dans la continence grâce à la contraction volontaire des sphincters de l'urètre et de l'anus.

En effet, la miction, fonction complexe et multifactorielle relève essentiellement de la synergie fonctionnelle de la vessie et de l'urètre, mais aussi de leur environnement pressurisé. La détérioration des structures sphinctériennes de l'urètre ou une lésion des centres nerveux de la miction peuvent survenir lors de l'accouchement sont responsables d'instabilité vésicale, d'incontinence urinaire, de rétention d'urine, ou de dysurie.

D'autre part, au repos, le muscle sphincter externe de l'anus assure 15% de la pression d'occlusion du canal anal, le sphincter interne assurant 85% de la pression [1]. La continence d'urgence est assurée pendant une minute environ par le sphincter externe aidé du muscle pubo-rectal. Ce temps permet au rectum d'adapter sa compliance. Le périnée anal peut être lésé lors de l'accouchement : les déchirures périnéales complètes intéressent le sphincter anal. L'atteinte du sphincter externe de l'anus se traduit par une incontinence anale marquée par une sensation urgente de déféquer ; l'atteinte du sphincter interne de l'anus se traduisant par une incontinence passive.

Enfin, le périnée ferme le passage dans le vagin par sa contraction ou à l'inverse facilite le passage par son relâchement. Le relâchement périnéal est donc important lors de l'accouchement mais aussi lors des examens gynécologiques et des rapports sexuels.

III) Physiologie du périnée lors de l'accouchement

En fin d'expulsion, lorsque la présentation est au « couronnement », on constate facilement l'adaptation morphologique et dynamique du périnée au phénomène d'expulsion du fœtus. Cette observation clinique est en fait la résultante de plusieurs modifications physiologiques.

1) Le diaphragme pelvien et l'accouchement

Le diaphragme pelvien est un guide de la présentation et un modérateur de la descente au cours de l'accouchement.

La tête fœtale ne tourne que si les muscles élévateurs de l'anus ont une certaine tonicité.

Lors de la descente de la tête, le point le plus déclive prend contact en premier avec le muscle élévateur homolatéral, par contraction réflexe, refoule la tête dans le sens du plan incliné, c'est-à-dire en bas, en avant et en dedans, amenant cette dernière au contact du muscle élévateur opposé. Cela produit la contraction simultanée des deux muscles élévateurs faisant progresser la tête en bas en avant vers le hiatus uro-génital.

2) Modification du segment ano-coccygien

Au cours de la première étape de la descente, la présentation repousse le septum recto-vaginal, aplatit le rectum contre le coccyx et le ligament ano-coccygien. Si le rectum n'est pas vide, les matières sont éliminées. La rétropulsion du coccyx par la présentation entraîne l'étirement de la commissure postérieure de l'anus.

3) Ampliation du segment ano-vulvaire

Continuant sa descente, la tête distend et aplatit le noyau fibreux central du périnée. La région ano-vulvaire se déprime et devient saillante. On dit alors que le « périnée bombe ».

La distance ano-vulvaire s'étire largement, l'anus s'ouvre et devient béant laissant apparaître la muqueuse de la paroi antérieure du rectum.

Lorsque la distance est importante et que la rupture devient imminente, on observe un changement de coloration du périnée : celui-ci devient blanc et s'effrite (c'est un signe avant coureur de déchirure).

4) L'orifice vulvaire

Il se déplisse et se distend de plus en plus chez la primipare, la déchirure des vestiges hyménéaux donne un léger saignement.

Le périnée obstétrical dans son développement maximum forme un segment de tore creux musculo-membraneux dont la paroi postérieure est plus développée et tendue.

IV) Déchirures périnéales

1) Mécanismes des déchirures périnéales

Leur physiopathologie repose sur les relations anatomiques des organes en cause, les capacités de résistance à la tension de chacun d'eux et le déroulement chronologique de l'expulsion.

a) Notions anatomiques

L'insertion des faisceaux pubo-rectaux se fait de part et d'autre du sphincter externe.

En effet, il existe une couche longitudinale complexe faisant plan de clivage entre les sphincters externe et interne.

Ainsi, le changement de position du faisceau pubo-rectal lors de l'expulsion permet l'intégration de ce dernier au périnée superficiel.

b) Notions mécaniques

La peau périnéale résiste mieux à l'étirement que le vagin, qui résiste lui-même mieux que le muscle du périnée.

c) Notions chronologiques

Lors du franchissement des faisceaux sphinctériens des releveurs de l'anus par la présentation, ceux-ci peuvent présenter des déchirures.

L'élément le moins élastique est représenté par le centre tendineux du périnée dont les lésions sont plus ou moins importantes mais constantes. La muqueuse vaginale est le second élément capable de se déchirer. La déchirure se produit au niveau de l'hymen pour remonter vers le vagin et descendre vers la jonction cutané-muqueuse.

Le sphincter externe de l'anus est entouré d'un contour fibreux qui réalise une dernière zone de résistance avant sa rupture. Le sphincter externe se rompt lorsque la distension est plus importante et si la traction s'exerçant sur lui par l'intermédiaire des deux faisceaux pubo-rectaux devient supérieure à ses capacités d'étirement. La couche longitudinale complexe constitue à la fois une zone de résistance et un plan de glissement entre le sphincter externe et le sphincter interne. La déchirure s'arrête au niveau de la marge de l'anus, là où les fibres du faisceau sous-cutané du sphincter strié rentrent en contact avec la peau. Lorsque ce dernier rempart cède, le sphincter interne et la muqueuse anale se déchirent du bas vers le haut, faisant communiquer vagin et rectum.

2) Facteurs étiologiques des déchirures périnéales

a) Maternels

- La primarité
- La texture du périnée : cicatrice après déchirure, œdème des dysgravidies ou lors d'un travail prolongé ou de touchers vaginaux répétés, vulvovaginite en particulier candidosique, « périnée fragile des rousses à peau blanche ».
- L'aspect anatomique périnéal : même après une épisiotomie, le risque de déchirure périnéale grave est très important si la distance ano-pubienne est inférieure à 5 cm.
- L'aspect anatomique du bassin : une ogive pubienne étroite oblige la présentation à occuper la partie postérieure de l'excavation et à distendre le périnée postérieur [2].

b) Fœtaux

- La macrosomie
- La déflexion de la tête fœtale [2]

c) Opératoires

- L'expulsion « explosive ».
- Les manœuvres instrumentales. [2]

3) Etude anatomo-clinique

a) Déchirures fermées

Pouvant être très importantes, elles concernent le centre tendineux du périnée, l'aponévrose moyenne, les muscles du périnée superficiel, le plan des releveurs, le sphincter anal et le fascia pelvien. Les possibilités thérapeutiques immédiates sont nulles et la rééducation apporte une amélioration sans guérison.

Les risques de ces déchirures à terme sont les dyspareunies, l'incontinence urinaire, anale et le prolapsus [2].

b) Déchirures ouvertes

i) Classification traditionnelle

Déchirures incomplètes, partielles, ou du 1er degré :

Elles respectent le sphincter anal et se subdivisent en trois catégories suivant leur importance. Seule la peau et la muqueuse sont déchirées au niveau de la fourchette. Soit le muscle bulbo-caverneux et la partie antérieure du centre tendineux du périnée sont déchirés. Soit le centre tendineux du périnée est complètement rompu [2].

Déchirures complètes ou du 2ème degré :

Le sphincter anal est déchiré, toujours en dehors de la ligne médiane. La lésion s'arrête au niveau de la marge anale. L'extrémité externe du sphincter est rétractée alors que l'extrémité interne saille. Latéralement, la déchirure est profonde, laissant paraître la graisse de la fosse ischio-rectale [2].

Déchirures complètes compliquées ou du 3ème degré :

Elles mettent en communication le vagin et l'anus, réalisant un cloaque. La cloison rectovaginale et la muqueuse anale sont rompues. La déchirure peut remonter sur le canal anal jusqu'à 2 ou 3 cm de la marge, beaucoup plus haut sur le vagin et plonge littéralement dans la fosse ischio-rectale [2].

ii) Classification anglo-saxonne

Déchirure du 1^{er} degré :

Elle correspond à une déchirure périnéale isolée (donc correspond au 1^{er} degré français) [2].

Déchirure du 2^{ème} degré:

C'est une atteinte du centre tendineux du périnée et musculaire (ce qui est toujours pour les français une déchirure du 1^{er} degré) [2].

Déchirure du 3^{ème} degré:

Elle atteint le sphincter anal (ce qui correspond au 2^{ème} degré français). Dites périnée complet [2].

Déchirure du 4^{ème} degré:

Dite déchirure complète « compliquée » de la muqueuse vaginale, des muscles profonds du périnée, du sphincter anal et de la muqueuse digestive (correspond au 3^{ème} degré français) [2].

Cette classification sera utilisée pour l'analyse de la littérature.

V) L'épisiotomie

1) Définition

L'épisiotomie est une incision périnéale destinée à agrandir l'orifice vaginal.

L'épisiotomie médiane ou périnéotomie débute de la fourchette vulvaire pour se diriger verticalement vers l'anus. Certains ont pu décrire son agrandissement en épisio-sphinctérotomie.

L'épisiotomie médio-latérale se dirige obliquement en dehors, en direction de l'épine ischiatique.

L'épisiotomie médiane est associée à plus de déchirures du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré que l'épisiotomie médio-latérale (Grade B). De ce fait, il est recommandé de ne plus effectuer d'épisiotomies médianes (Grade A) [2].

L'épisiotomie latérale part de la vulve, pour se diriger plus ou moins horizontalement, à travers la grande lèvre. Cette dernière n'est plus utilisée du fait de ses inconvénients : faible agrandissement vulvaire, section de la glande de Bartholin, délabrement des lèvres [2]. Elle n'a donc pas d'intérêt.

2) Epidémiologie

Le taux global d'épisiotomies en France, rapporté aux accouchements par voie basse, bien qu'en décroissance depuis 1996-1997, était en 2002-2003 de 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare). Il existe de grandes variations entre les régions, les hôpitaux et les différents professionnels. En fait, pour interpréter correctement les différents taux d'épisiotomies, il est nécessaire d'utiliser des taux ajustés sur les facteurs de risque ou d'analyser ces taux sur des groupes de populations homogènes, en particulier les femmes à bas risque en différenciant les primipares des multipares [3].

Le recours à l'épisiotomie varie selon les caractéristiques socio-démographiques des patientes (âge de la mère, origine ethnique) et les conditions obstétricales (grossesse gémellaire, présentation du siège...). L'analgésie péridurale est associée à un recours plus fréquent à l'épisiotomie, probablement du fait de l'augmentation des extractions instrumentales qu'elle induit. L'extraction par ventouse est associée à un moindre recours à l'épisiotomie et s'accompagne de moins de déchirures sévères que l'extraction par forceps (Grade A).

Pour toutes ces raisons, il est difficile de définir un taux raisonnable d'épisiotomies. À la lumière de la littérature, un groupe de travail estime que le taux global national devrait se situer en dessous de 30 % des accouchements par voie basse, pourcentage pouvant à l'avenir s'abaisser [4].

Le taux d'épisiotomie en Auvergne en 2011 est de 14,8%. Il est très inférieur aux données nationales, 45% en 2010.

	Accouchement	Episiotomie en %	Extractions instrumentales en %
CH Aurillac	924	20,6	15,3
CH Moulins	1150	18,6	5,7
CHU Estaing	3440	16,9	11,6
CH Thiers	466	7,9	7,7
CH Vichy	1234	7,5	7,1
Clinique La Chataigneraie	2385	11,1	18,3
CH Le Puy en Velay	1190	13,4	6,4
CH Montluçon	1281	23,2	9,3
CH Saint Flour	344	19,5	7,3
CH Issoire	720	6,0	11,3
TOTAL	13134	14,8	11,2

Tableau 1 : Accouchements-Episiotomies-Extractions instrumentales en Auvergne en 2011

3) Indications

L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal (Grade C) que maternel (Grade A). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée [3].

a) Les indications maternelles

« Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare (Grade B).

Il n'y a pas de preuves pour recommander la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C).

La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (Grade B). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (Grade B) mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A).

En cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, de présentation du siège ou d'accouchement gémellaire, il n'existe pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique systématique de l'épisiotomie (Accord professionnel).

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire. En effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnée intact sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (Grade B).

Les antécédents de lésions périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré et les mutilations ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie. [3]»

b) Les indications fœtales

« Une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale (Grade C).

En cas de rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion, il n'y a pas d'étude montrant que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 1998 sur les modalités de naissance des enfants de faible poids concluaient l'absence de données en faveur de la pratique systématique de l'épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date, aucun travail n'a modifié ces conclusions. [3] »

4) Les effets indésirables

a) Les pertes sanguines

L'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum (Grade B) [2].

En effet, une étude a évalué les déperditions sanguines entre des accouchements voie basse avec épisiotomie versus césarienne. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les déperditions sanguines sont plus importantes pour les accouchées par voie basse avec épisiotomie que pour les patientes césarisées et cela de façon significative. D'autant plus que, dans les deux groupes avant l'accouchement, il n'y aucune différence entre les taux d'hémoglobine et entre les taux d'hématocrite [5].

b) Les douleurs du post-partum et la dyspareunie

	Épisiotomie sélective	Épisiotomie de routine	OR
Douleurs sortie	30,7	42,5	0,6 (0,51-0,71)
Douleurs 3 mois	7,5	7,3	0,98 (0,6-1,61)
Dyspareunie 3 mois	21,9	17,9	1,28 (0,92-1,78)
Dyspareunie 3 ans	15,8	13	1,25 (0,81-1,92)

Tableau 2 : Episiotomie - Douleur – Dyspareunie [2]

L'épisiotomie de routine s'accompagne significativement de plus de douleurs périnéales dans les premiers mois du post-partum que l'épisiotomie sélective.

c) Les conséquences psycho-sociales

Il ne faut pas les méconnaître. L'épisiotomie est un facteur d'insatisfaction. L'épisiotomie est parfois assimilée à une mutilation sexuelle. Dans certaines cultures, une cicatrice abdominale est préférable à une cicatrice périnéale (Brésil) [2].

d) Risques exceptionnels foetaux

Ils sont anecdotiques, mais ont été publiés. Il s'agit de blessures du cuir chevelu, de la paupière, de castration, de fracture de la mandibule [2].

e) Risques exceptionnels maternels

Il a été décrit sans savoir si cela est à la conséquence de l'épisiotomie ou de l'accouchement: des hématomes vulvaires massifs, gangrène, nécrose et abcès, endométriose, des fistules recto-vaginales [2].

5) Les sutures de l'épisiotomie

L'observance des règles générales d'hygiène est indispensable. Les précautions d'asepsie comprennent une désinfection vulvo-périnéale, le port d'un masque, d'un calot et de gants stériles après un lavage chirurgical des mains (Accord professionnel) [3].

« La douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous-estimée et devrait être mieux évaluée. Il est recommandé de recourir systématiquement une méthode anesthésique lors de la pratique et de la réparation d'une épisiotomie (Accord professionnel). Les méthodes anesthésiques disponibles sont l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs pudendaux, et l'anesthésie locorégionale. L'association au mélange anesthésique locorégional d'un morphinique liposoluble améliore la qualité de l'analgésie périnéale (Grade B). La rachianesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs pudendaux dans la prévention de la douleur induite par l'épisiotomie (Grade B). En cas de recours l'anesthésie locale, on peut infiltrer le périnée par de la lidocaïne non adrénalinée 1% (Accord professionnel) [3].

Différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (Grade A). L'utilisation d'un fil résorbable génère moins de douleurs périnéales immédiates que celle d'un fil non résorbable (Grade B). Les fils non résorbables ont également l'inconvénient de nécessiter leur ablation systématique [3].

« Sous réserve d'une formation spécifique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (Grade A) [3].»

VI) Méthodes de préventions des traumatismes périnéaux et pratiques obstétricales

Préalablement à la description des méthodes de prévention, il est important de définir :

- la première phase du travail : correspond à l'effacement et à la dilatation du col utérin (jusqu'à dilatation complète).
- la deuxième phase du travail : période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l'enfant. Elle comprend trois phases successives : l'engagement de la présentation, puis la descente et la rotation et enfin le dégagement.

1) Pendant la grossesse

a) le massage périnéal anténatal

Le massage périnéal pratiqué en anténatal a fait l'objet de plusieurs études. En effet, Beckmann et Garrett ont inclus quatre essais randomisés (2497 femmes) dans une étude [6].

L'objectif étant d'évaluer l'effet du massage périnéal prénatal sur l'incidence des traumatismes du périnée à la naissance et de la morbidité ultérieure.

Les résultats montrent une réduction globale de l'incidence des traumatismes nécessitant une suture (quatre essais, 2480 femmes, risque relatif (RR)=0,91 (intervalle de confiance à 95% (IC) de 0,86 à 0,96). Les femmes pratiquant le massage du périnée sont moins susceptibles d'avoir une épisiotomie (quatre essais, 2480 femmes, RR = 0,84 (IC à 95% de 0,74 à 0,95). Ces résultats ont été significatifs pour les femmes primipares. Aucune différence n'a été constatée dans l'incidence des déchirures du premier ou du deuxième degré ni pour celles du troisième et quatrième degré. Seules les femmes ayant déjà accouché par voie basse ont signalé une réduction statistiquement significative de l'incidence de la douleur à trois mois du post-partum (un essai, 376 femmes, RR 0,45 (IC à 95% de 0,24 à 0,87). Aucune différence significative n'a été observée sur l'incidence des accouchements instrumentaux, des dyspareunies, ou de l'incontinence urinaire et anale pour toutes les femmes qui pratiquaient le massage du périnée par rapport à celles qui ne le pratiquaient pas.

Labrecque et al. dans un autre essai randomisé a étudié l'effet du massage périnéal pendant la grossesse sur les symptômes périnéaux trois mois après l'accouchement [7].

Les résultats ont révélés qu'il n'y avait pas de différence entre les patientes primipares pratiquant le massage périnéal (n= 283) comparé à celles ne se massant pas (n=289) notamment sur les douleurs périnéales, les dyspareunies, la satisfaction sexuelle et les

incontinences urinaires et anales trois mois après l'accouchement. Pour les femmes ayant déjà accouché, il y a moins de douleurs périnéales chez les femmes pratiquant le massage comparée celles qui ne le réalisant pas. La fréquence des dyspareunies, des incontinences urinaires et anales est similaire dans les deux groupes.

b) Dispositif Epi-NO®

Préparation à l'accouchement avec EPI-NO Delphine Plus et EPI-NO Delphine

La pratique des exercices visant à accroître l'élasticité des muscles du plancher pelvien intervient environ trois semaines avant l'accouchement. La durée de chaque séance quotidienne est approximativement de 15 minutes. Comme dans le sport les muscles vont se renforcer et s'étirer.

Renforcement des muscles du plancher pelvien		Introduire le ballon de l'appareil EPI-NO dans le vagin sur 2/3 de sa longueur. Contracter et relâcher alternativement vos muscles contre le ballon qui offre une résistance
Étirement du périnée		Gonfler légèrement le ballon EPI-NO pour obtenir un point d'étirement confortable. Chaque jour vous procéderez à un accroissement de l'étirement en augmentant le volume du ballon. Il n'y a aucun risque pour votre enfant.
Simulation de la naissance		A l'issue de la phase d'étirement, détendez votre plancher pelvien et laissez le ballon EPI-NO, toujours gonflé, sortir doucement de lui-même. Cette manœuvre va vous familiariser avec la sensation ressentie lors du passage de la tête du bébé durant la délivrance. ▲



Ce dispositif est utilisé en Allemagne mais pas en France.

Hillebrenner et al. dans un essai non randomisé a vérifié l'efficacité de cette méthode sur le taux d'épisiotomie et le bien-être fœtal. Il est démontré que parmi les 50 femmes recrutées dans l'étude, on observe une réduction significative du taux d'épisiotomie (49%) dans le groupe participant au programme EPI-NO® en anténatal comparé à celles n'ayant pas bénéficié de cette préparation périnéale (82%). De plus, le taux de déchirures périnéales est deux fois plus élevé dans le second groupe (4% vs 2%) [8].

Ensuite un essai randomisé de Ruckhäberle et al. a été mis en œuvre pour vérifier les résultats préliminaires avec EPI-NO® [9]. Ce dernier incluant 276 primipares, montre qu'après un entraînement avec EPI-NO®, une augmentation significative de l'incidence de périnée intact a été observé (37,4% vs 25,7%; $p = 0,05$) et une tendance à la baisse du taux d'épisiotomie (41,9% vs 50,5%; $p = 0,11$). Aucune différence significative n'est retrouvée entre les deux

groupes concernant l'incidence de déchirures périnéales, la durée de la deuxième phase du travail, le soulagement de la douleur. De plus, des cas d'embolie pulmonaire ont été rapportés, son utilisation est donc marginale.

2) Pendant le travail

a) Immersion dans l'eau

Une étude publiée dans la Cochrane Database a inclus 12 essais (3243 femmes) évaluant les effets de l'immersion dans l'eau pendant la première et deuxième phase du travail [10 ; 11].

Les résultats pour la première phase du travail a montré qu'il existe une réduction significative du taux d'analgésie péridurale chez les femmes affectées à immersion dans l'eau par rapport aux témoins (478/1254 par rapport à 529/1245; RR=0,90, 95 % ; IC à 95% de 0,82 à 0,99).

Il y a aussi une réduction de la durée de la première phase du travail (différence moyenne - 32.4 minutes; IC à 95% de -58,7 à -6,13). Il n'y a pas de différence dans les accouchements instrumentaux (RR = 0,86, IC 95% 0,71 à 1,05), dans les césariennes (RR 1,21, IC 95% 0,87 à 1,68), les traumatismes du périnée ou l'infection vaginale maternelle. Il n'y a aucune différence pour le score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes (RR 1,58, IC 95% 0,63 à 3,93), les admissions en unité néonatale (RR 1,06, IC 95% 0,71 à 1,57), ou le taux d'infection néonatale (RR = 2,00, IC 95% 0,50 à 7,94).

Parmi les trois essais qui ont comparé l'immersion dans l'eau au cours de la deuxième phase du travail versus sans immersion, ils révèlent une amélioration significative de la satisfaction maternelle à accoucher dans l'eau (RR 0,24; 95% IC 0,07 à 0,80).

b) Position maternelle et mobilisation

Une étude publiée dans la Cochrane Database a évalué les effets de l'encouragement des femmes à opter différentes positions verticales (y compris la marche, assis, debout et à genoux) par rapport à des positions couchées (en décubitus dorsal, semi-couchée et décubitus latéral) pendant la première phase du travail sur la durée du travail, le mode d'accouchement [12].

Dans cet essai randomisé, la première phase du travail peut être plus courte d'environ une heure pour les femmes en position debout ou déambulant. La position du corps des femmes n'a pas affecté le taux d'interventions. Les auteurs de cet essai ont identifié 21 études, assignant au hasard un total de 3706 femmes à des postures verticales ou couchées pendant la première phase du travail. Neuf des études incluent seulement des femmes primipares. Ainsi, la durée de la première phase du travail et le nombre de femmes ayant accouché

spontanément par voie basse ou ayant requis un accouchement instrumental sont similaires dans les deux groupes. Les femmes adoptant des postures verticales ont été moins susceptibles d'avoir une analgésie péridurale mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Dans une autre étude de la Cochrane Library portant spécifiquement sur la position et la mobilité pour les femmes recevant une analgésie péridurale (cinq essais, 1176 femmes), une position debout ou couchée ne modifie pas la durée de la première phase du travail ou les taux de voies basses spontanées [13].

c) L'utilisation de compresses chaudes

Un essai randomisé d'Aasheim et al., publié dans la Cochrane Database a étudié l'intérêt de l'utilisation de compresses chaudes pendant la deuxième phase du travail, sur l'apparition de traumatismes périnéaux.

Il a été inclus huit essais portant sur 11 651 femmes. Il y a une différence significative entre les deux groupes. En effet, l'utilisation des compresses chaudes réduit l'apparition de déchirures du troisième et quatrième degré (RR=0,48, IC à 95% de 0,28 à 0,84) [14].

3) Pendant l'expulsion

a) Maintien de la tête fœtale

L'étude précédemment citée a également étudié le maintien de la tête fœtale pendant l'expulsion par rapport aux traumatismes périnéaux que cela causent. Ainsi le non maintien de la tête fœtale par rapport au maintien ont montré aucun effet sur les déchirures du troisième et quatrième degré, mais nous avons observé une réduction du taux d'épisiotomie lorsqu'il y a un maintien de la tête fœtale (RR = 0,69, IC à 95% de 0,50 à 0,96 (deux études, 6547 les femmes)) [14].

b) L'injection de la hyaluronidase

Ce produit n'est pas commercialisé en France. L'objectif d'une étude randomisée est de comparer la fréquence, le degré, et l'emplacement de traumatisme périnéal lors de l'accouchement spontané, avec ou sans injections périnéales de la hyaluronidase (HAase) [15]. La hyaluronidase est une enzyme qui dégrade l'acide hyaluronique. Elle abaisse la viscosité des acides hyaluroniques et augmente leurs perméabilités. Les femmes primipares (n= 139) ont

été assignées au hasard à un groupe d'intervention (injection HAase, n=71) ou à un groupe témoin (pas d'injection, n= 68) [15].

Des différences significatives ont été notées entre les deux groupes dans la fréquence des traumatismes du périnée (l'intervention 39,4%, le contrôle 76,5%), le degré de lacérations spontanée (l'intervention 0,0%, le contrôle 82,4%), et déchirures situées dans la région postérieure du périnée (l'intervention 54,2%, le contrôle 84,3%) [15].

Lorsque l'épisiotomie et déchirures de deuxième degré ont été examinées ensemble puis lorsque les femmes ont un périnée intact, elles sont exclues de l'analyse car la différence entre les groupes n'est plus significative [15].

Avec l'utilisation de l'enzyme HAase, le risque relatif est de 0,5 pour les traumatismes du périnée et de 0,0 pour les déchirures de deuxième degré. Les résultats suggèrent que l'injection périnéale HAase empêche les traumatismes du périnée. Ces résultats fournissent une justification solide pour une plus grande étude de suivi [15].

c) Manœuvre de Ritgen

Dans le but de protéger le périnée, une main peut-être posée à plat sur le sommet fœtal juste avant le grand couronnement afin de contrôler la déflexion de la tête qui peut être brutale.

La manœuvre de Ritgen décrit en plus, la deuxième main venant exercer au travers du périnée une pression sur l'ensellure nasale ou le menton, afin de dégager progressivement la tête fœtale. Pendant cette manœuvre, la patiente ne doit pas pousser. Cette manœuvre est praticable uniquement lorsque la patiente est en décubitus dorsal.

Jönsson et al. ont évalué la pratique de la manœuvre de Ritgen effectuée au cours d'une contraction utérine, plutôt que, comme recommandé à l'origine, entre les contractions [16]. L'objectif de cette étude est de déterminer si la manœuvre de Ritgen diminue le risque de déchirures périnéales de troisième et quatrième degré par rapport à l'appui du périnée simple [16].

La manœuvre Ritgen a été effectuée dans 554 (79,6%) des 696 femmes choisies au hasard dans une étude et dans 31 (4,3%) des 727 femmes choisies au hasard avec l'appui périnéal simple. Le taux de déchirures du troisième et quatrième degré est de 5,5% (n = 38) chez les femmes affectées à la manœuvre Ritgen et 4,4% (n = 32) chez celles assignées à l'appui périnéal simple (RR= 1,24, IC à 95% de 0,78 à 1,96). Cette manœuvre ne diminue pas le risque de déchirures périnéales du 3^{ième} et 4^{ième} degré [16].

d) Expression abdominale

L'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2^{ème} phase de l'accouchement. Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale [17]. Le vécu traumatique des patientes, de leur entourage et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cet usage. Dans les situations nécessitant d'écourter la 2^{ème} phase de l'accouchement, le recours, en fonction du contexte clinique, à une extraction instrumentale (forceps, ventouse obstétricale, spatules) ou à une césarienne est recommandé. Si une expression abdominale est pratiquée malgré les recommandations précédentes, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente, par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées [17].

Un essai randomisé de Verheijen et al. publié dans la Cochrane Database compare au cours de la deuxième phase du travail, une prise en charge standard pendant l'accouchement associée ou non à l'expression utérine, réalisée par l'utilisation d'une ceinture obstétricale gonflable (260 et 240 patientes respectivement dans chaque groupe). L'auteur conclut à aucun bénéfice en faveur de l'expression abdominale. En revanche, cette dernière est un facteur de risque de d'incontinences, de déchirures du troisième degré (6,5 % vs 0,4 %, $p = 0,001$) [18].

e) Type de poussée

La technique de Valsalva demande aux femmes un effort de poussée abdominale à glotte fermée d'intensité progressivement croissante. Elle est utilisée en routine et acceptée comme norme de prise en charge obstétricale en Turquie.

Le but de l'étude de Yildirim et Beji est de déterminer les effets de la poussée sur la mère à la naissance [19]. Cette étude concerne 100 primipares ayant une grossesse et un accouchement à priori eutocique, elles ont été randomisées entre un groupe poussant en expiré et un groupe poussant avec la technique de Valsalva. Les femmes poussant glotte ouverte, en expirant ont été informées au cours de la première phase du travail, ainsi que les femmes poussant avec la technique de Valsalva. Le taux de déchirures périnéales, d'hémorragie post-partum ont été évaluées chez les mères dans les deux groupes [19].

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes dans leurs caractéristiques démographiques. La deuxième phase du travail et la durée de la phase d'expulsion sont significativement plus longues avec Valsalva. Les différences dans l'incidence

de l'épisiotomie, déchirures périnéales, ou hémorragie post-partum ne sont pas significatives entre les groupes. Après la naissance, les femmes ont exprimé une plus grande satisfaction à l'égard de la poussée en expiré [19].

f) Position d'accouchement

Un essai randomisé de Brément et al. a comparé les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. Il a été démontré que le taux de périnée intact est significativement augmenté lors de l'expulsion en décubitus latéral, avec respectivement 48,1% de périnée intact dans le groupe décubitus dorsal contre 56,9% dans le groupe décubitus latéral soit une amélioration de 8,8% ($p = 0,032$) [20].

Il existe une diminution significative du taux d'épisiotomie en décubitus latéral de 19,8% ($p = 0,0001$) avec 10,70% d'épisiotomies en décubitus latéral contre 30,5% en décubitus dorsal. Chez les primipares, une augmentation significative du taux de périnée intact en décubitus latéral est constatée, 46,8 % versus 20,2% en décubitus dorsal ($p = 0,004$) ainsi qu'une diminution significative du taux d'épisiotomie en décubitus latéral, 17 % versus 44,7% en décubitus dorsal ($p = 0,006$). Chez les deuxièmes pares, pas de différence significative est retrouvée sur le taux de périnée intact entre le décubitus latéral et le décubitus dorsal ($p = 0,07$). Cependant, il existe un taux d'épisiotomie significativement diminué en décubitus latéral par rapport au décubitus dorsal, respectivement 8,6 % versus 30,7 % ($p = 0,0001$). Chez les troisièmes et grandes multipares, aucune différence significative sur la morbidité périnéale n'a été retrouvée [20].

La comparaison du volume des pertes sanguines moyennes maternelles réalisée par Paternotte et al. en fonction de la position d'accouchement montrait une augmentation très significative du volume en défaveur du groupe décubitus latéral ($p < 0,001$). L'augmentation était de 111 ml, avec 263 ml en moyenne dans le groupe décubitus dorsal et 374 ml dans le groupe décubitus latéral. Le taux d'hémorragie de la délivrance global, défini par des pertes supérieures à 500 ml pour un accouchement voie basse, est de 10,2% en décubitus dorsal et 20% en décubitus latéral [21].

g) Episiotomie-forceps-ventouse

Dans une étude randomisée de Bodner-Adler et al., il a été revu rétrospectivement 5377 accouchements par voie basse [22].

Des 5044 accouchements spontanés par voie basse 32 patientes (0,6%) et 14 des 333 accouchements instrumentaux (4,2%) ont subi une déchirure périnéale impliquant le sphincter externe de l'anus. Une analyse univariée de ces 46 cas et 155 sujets témoins sélectionnés au hasard, montre que la faible parité ($p = 0,003$) prolonge la première et deuxième phase de travail ($p = 0,001$, $p = 0,001$). Les forceps ($p = 0,002$) augmentent le risque de dommages du sphincter anal. Dans les modèles de régression multivariés, le poids de naissance ($p = 0,004$; odd ratio [OR] = 1,68 ; IC à 95% de 1,18 à 2,41), et forceps épisiotomie médio-latérale combinée ($p < 0,001$; OR = 5,62 ; IC à 95% de 2,16 à 14,62) se sont révélés être des facteurs de risque indépendants. Bien que l'utilisation de l'épisiotomie conférait un risque accru vers une plus forte probabilité de traumatisme périnéal sévère, il n'a pas atteint une signification statistique ($p = 0,06$; OR = 2,15 ; IC à 95% de 0,97 à 4,76).

Bien que le taux de ces complications soit étonnamment faible lors de l'accouchement par voie basse instrumentale, l'utilisation de forceps, même si régulièrement associée à l'épisiotomie médio-latérale, doit être minimisée autant que possible.

Les recommandations pour la pratique clinique de 2008 affirment que les complications maternelles immédiates sont plus fréquentes avec le forceps qu'avec la ventouse (grade B). Par rapport au forceps, l'extraction par ventouse semble diminuer le nombre d'épisiotomies, de lésions périnéales de premier et deuxième degré et d'atteintes du sphincter anal (grade B). Parmi les complications à long terme, les incontinences urinaires après forceps, ventouse ou voie basse spontanée ont des taux comparables (grade B). Les incontinences anales sont plus fréquentes après forceps (grade B) [23].

h) Utilisation de gel lubrifiant

L'objectif d'une étude réalisée par Schaub et al. est de déterminer si le gel lubrifiant raccourcit la deuxième phase du travail et exerce un effet protecteur sur le périnée [24].

Un total de 251 femmes nullipares avec singleton, grossesses à faible risque, présentation céphalique, à terme ont été recrutées. Un total de 228 femmes admissibles ont été assignés aléatoirement au groupe A, sans utilisation de gel lubrifiant, ou au groupe B, utilisation d'un gel lubrifiant. L'application de gel lubrifiant se faisant au cours de chaque examen vaginal, dès la première phase du travail (avant 4 cm de dilatation) et se terminant à l'expulsion.

Un total de 183 cas ont été analysés. Pour les accouchements voie basse spontanée, l'utilisation de gel lubrifiant réduit de façon significative la durée de la deuxième phase du travail de 26 min (30%) ($p = 0,026$), et le taux de déchirures périnéales ($p = 0,024$).

Première phase du travail et la durée totale du travail ont été également raccourcis, mais pas de manière significative [24].

L'utilisation systématique de gel lubrifiant a montré une augmentation significative de l'intégrité du périnée [24].

i) Le massage périnéal pendant la deuxième phase du travail

Une nouvelle étude d'Eason et al. affirme que la proportion de femmes avec un périnée intact est de 198/708 (28%) dans le groupe ayant pratiqué le massage périnéal durant la deuxième phase du travail contre 171/632 (27%) dans le groupe contrôle ($p=0,76$) [25]. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant le taux d'épisiotomie, de déchirure du premier et deuxième degré. Douze femmes (1,7%) parmi le groupe massage ont eu une déchirure du troisième degré contre 23 femmes (3,6%) du groupe contrôle ($p=0,04$).

Une autre étude de Stamp et al. montre une augmentation du taux de périnée intact avec la pratique du massage périnéal pendant la deuxième phase du travail [26].

Parmi les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux précédemment citées, il serait intéressant d'analyser les connaissances et les pratiques des professionnels de santé.

MATERIELS ET METHODES

I) Objectifs de la recherche

1) Objectif principal

L'objectif de ce travail de recherche est d'établir un état des lieux des connaissances des professionnels de santé de la périnatalité sur les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux.

2) Objectif secondaire

Nous avons également étudié et évalué l'adéquation entre les pratiques professionnelles sur la prévention des traumatismes périnéaux et les données de la littérature concernant ces méthodes de prévention dans les études ou les recommandations.

II) Etude

1) Type d'étude

Cette étude est non expérimentale, observationnelle et descriptive. Elle a été menée grâce à une enquête déclarative remplie par les professionnels de santé.

2) Population

Nous avons interrogé les sages femmes, gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie obstétrique d'Auvergne en activité.

3) Critères d'inclusion

Notre étude s'est adressée aux sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie obstétrique des établissements de santé privés ou publics en exercice au moment de l'envoi du questionnaire ainsi qu'aux sages-femmes libérales.

4) Critères d'exclusion

Nous avons exclu les sages femmes cadres, les sages-femmes enseignantes et territoriales.

5) Ethique

Le consentement des professionnels était sous-entendu par le remplissage ou non du questionnaire. De même l'anonymat a été respecté puisque les questionnaires ont été récupérés non nominativement et ne comportaient pas de données permettant de les identifier.

6) Critères de jugement

Les résultats de l'étude reposaient tout d'abord sur la mesure du taux de réponses correctes aux questions posées.

Dans un second temps, nous avons examiné les pratiques et le nombre de méthodes conformes aux bonnes pratiques professionnelles. A savoir que les pratiques attendues, dans cette comparaison, ont été celles définies par des études scientifiques ou des recommandations pour la pratique clinique, retrouvées dans la revue de la littérature.

7) Méthode d'intervention

Nous avons distribué les questionnaires aux sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie obstétrique dans l'ensemble des maternités du réseau de santé périnatale d'Auvergne. Ils ont été distribués par l'intermédiaire des cadres de service dans les établissements de santé publics périphériques (Aurillac, Issoire, Le Puy en Velay, Montluçon, Moulin, Saint-Flour, Vichy) ou privé (Clinique de la Chataigneraie) et directement aux sages-femmes du CHU d'Estaing.

Ces questionnaires ont été remis aux cadres par l'intermédiaire des étudiants sages-femmes en stage dans les différents lieux cités ou par moi-même.

Nous avons également inclu les sages-femmes libérales dans notre étude. Seules celles étant inscrites au conseil de l'ordre et ayant une adresse mail ont reçu le questionnaire par courriel.

Au total, il a été distribué 385 questionnaires.

Les données ont été recueillies du 22 septembre 2012 au 15 décembre 2012.

Cent soixante et un questionnaires ont été récupérés soit un taux de réponses de 41,8%.

8) Méthode d'observation

Le recueil de données a été établi à partir des réponses aux questionnaires distribués aux sages-femmes hospitalières et libérales, aux gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie obstétrique. Ce questionnaire se composait de sept pages A4, agrafées et accompagnées d'une lettre explicative en première page (annexes I)

Il comportait 37 questions.

9) Méthode d'évaluation

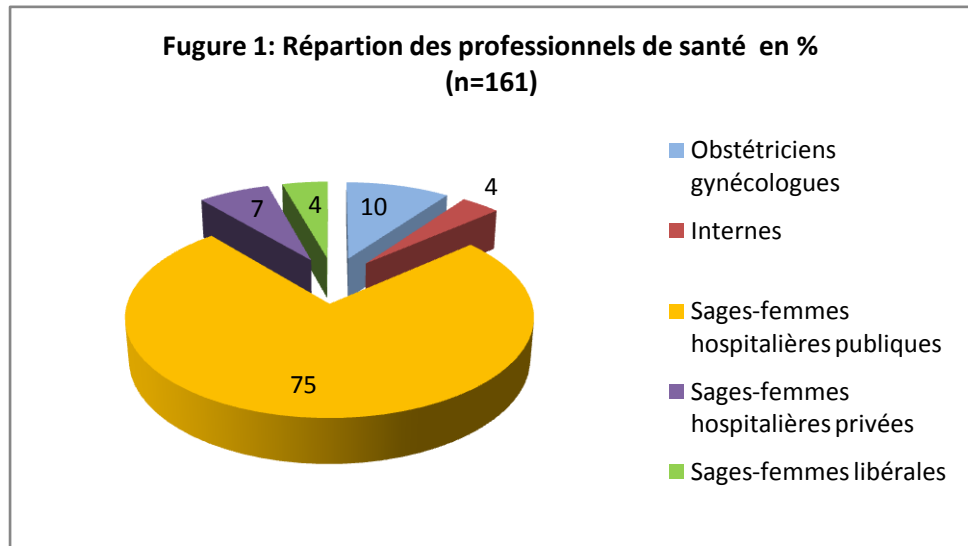
Le recueil et l'analyse des données ont été effectués via le logiciel d'analyse statistique « R ». Les tests statistiques réalisés étaient des tests du χ^2 permettant d'évaluer le lien entre deux variables qualitatives. La probabilité de rejeter l'hypothèse nulle « p » c'est-à-dire trouver une différence statistiquement significative est fixée à $p < 0,05$.

Les variables ont été exprimées en pourcentage pour une meilleure lisibilité des résultats et les effectifs ont été précisés.

L'ensemble des graphiques ont été effectués avec le logiciel Excel.

RESULTATS

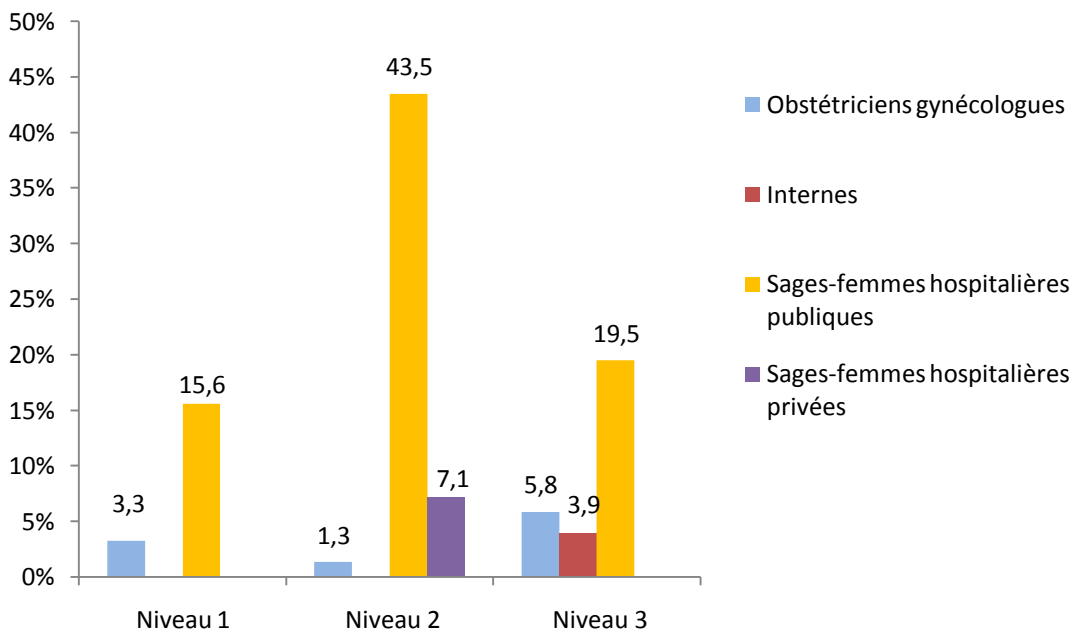
I) Description de la population



Soixante quinze pourcent des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire étaient des sages-femmes exerçant dans un établissement de santé public (n=121), 7% dans un établissement de santé privé (n=11) et 4% en exercice libéral (n=7).

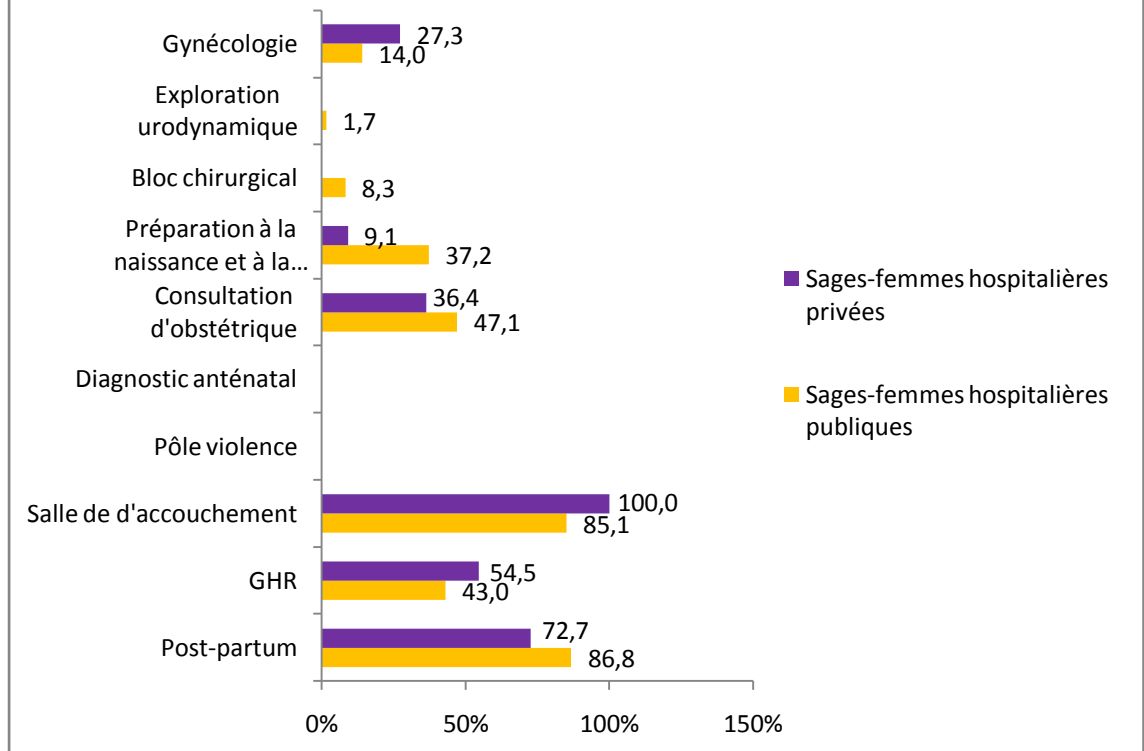
Quatre pourcent des professionnels de santé étaient des internes en gynécologie obstétrique (n=6) et 10% des gynécologues obstétriciens (n=16).

Figure 2 : Répartition des professionnels de santé suivant le niveau de l'établissement dans lequel ils exercent en %



Dix huit virgule neuf pourcent (29/154) des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire exerçaient dans un établissement de santé de niveau 1, contre 51,9% (80/154) en niveau 2 et 29,2% (45/154) en niveau 3.

Figure 3 : Répartition des sages-femmes suivant leur secteur d'activité en %

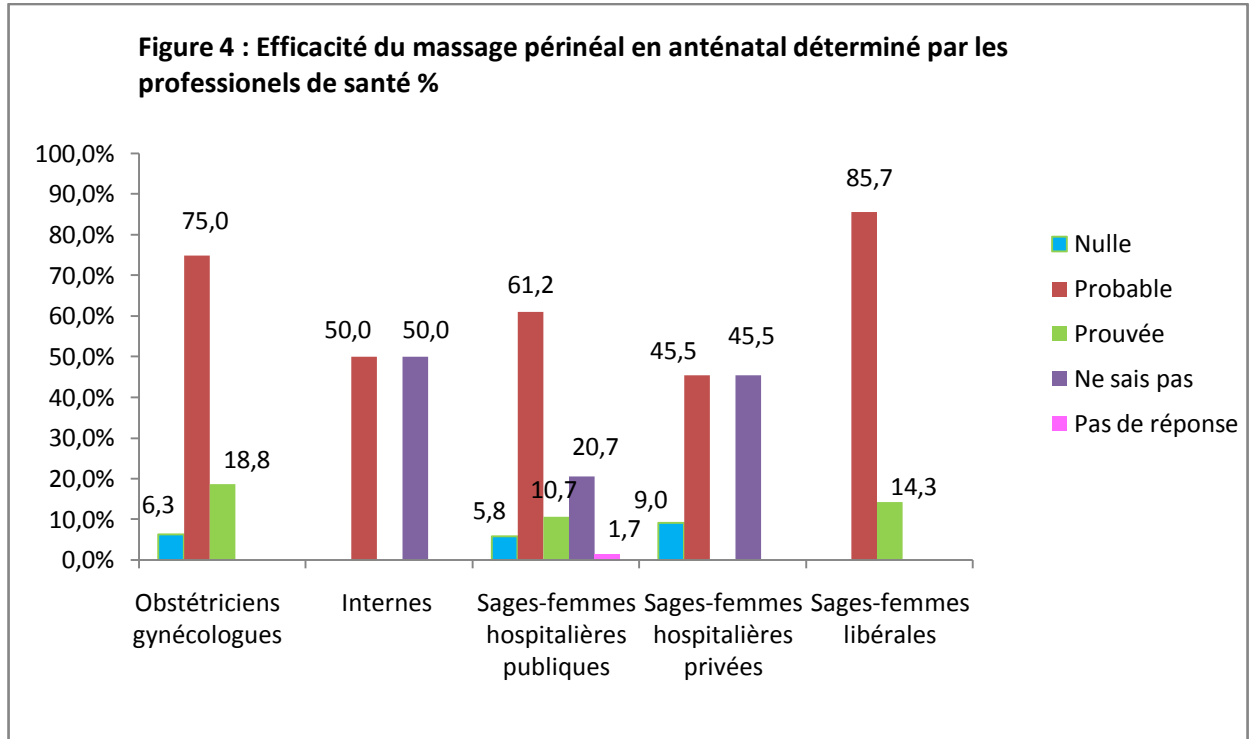


Parmi les sages-femmes hospitalières publiques (n=121), 86,8% exerçaient en post-partum, 43% en grossesse à haut risque, 85,1% en salle d'accouchement, 47,1% en consultation, 37,2% dans le cours de préparation à la naissance et à la parentalité, 8,3% au bloc chirurgical, 1,7% en exploration urodynamique, 14% en gynécologie.

Parmi les sages-femmes hospitalières privées (n=11), 72,7% travaillaient en post-partum, 54,5% en grossesse à haut risque, 100% en salle d'accouchement, 36,4% en consultation d'obstétrique, 9,1% à la préparation à la naissance et à la parentalité et 27,3% en gynécologie.

II) Les connaissances des professionnels de santé

1) Le massage périnéal pratiqué en anténatal



Parmi les gynécologues obstétriciens, 6,2% (1/16) pensaient que le massage périnéal pratiqué en anténatal, avait une efficacité nulle sur les traumatismes périnéaux constatés à l'accouchement, 75% (12/16) une efficacité probable et 18,8% (3/16) une efficacité prouvée.

Parmi les internes, 50% (3/6) ne savaient pas qu'elle était l'efficacité du massage périnéal pratiqué en anténatal sur les traumatismes périnéaux et 50 % (3/6) ont répondu que cette efficacité était probable.

Parmi les sages-femmes hospitalières publiques, 5,8% (7/121) pensaient que cette efficacité était nulle, 61,2% (74/121) qu'elle était probable, 10,7% (13/121) qu'elle était prouvée, 20,7% (25/121) ne savaient pas et 1,7% (2/121) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les sages-femmes hospitalières privées, 9% (1/11) ont répondu que l'efficacité était nulle, 45,5% (5/11) qu'elle était probable et 45,5% (5/11) ne savaient pas.

Enfin, 85,7% (6/7) des sages-femmes libérales ont dit que l'efficacité du massage était probable et 14,3% (1/7) qu'elle était prouvée.

2) Le dispositif EPI-NO®

Seulement dix professionnels de santé connaissaient le dispositif EPI-NO®.

Six de ces mêmes professionnels avaient une notion complète du principe de ce dispositif : ballonnet inséré en intra vaginal, gonflé petit à petit, ayant pour but d'étirer le périnée afin de le préparer au passage de la tête fœtale et ainsi réduire les déchirures périnéales.

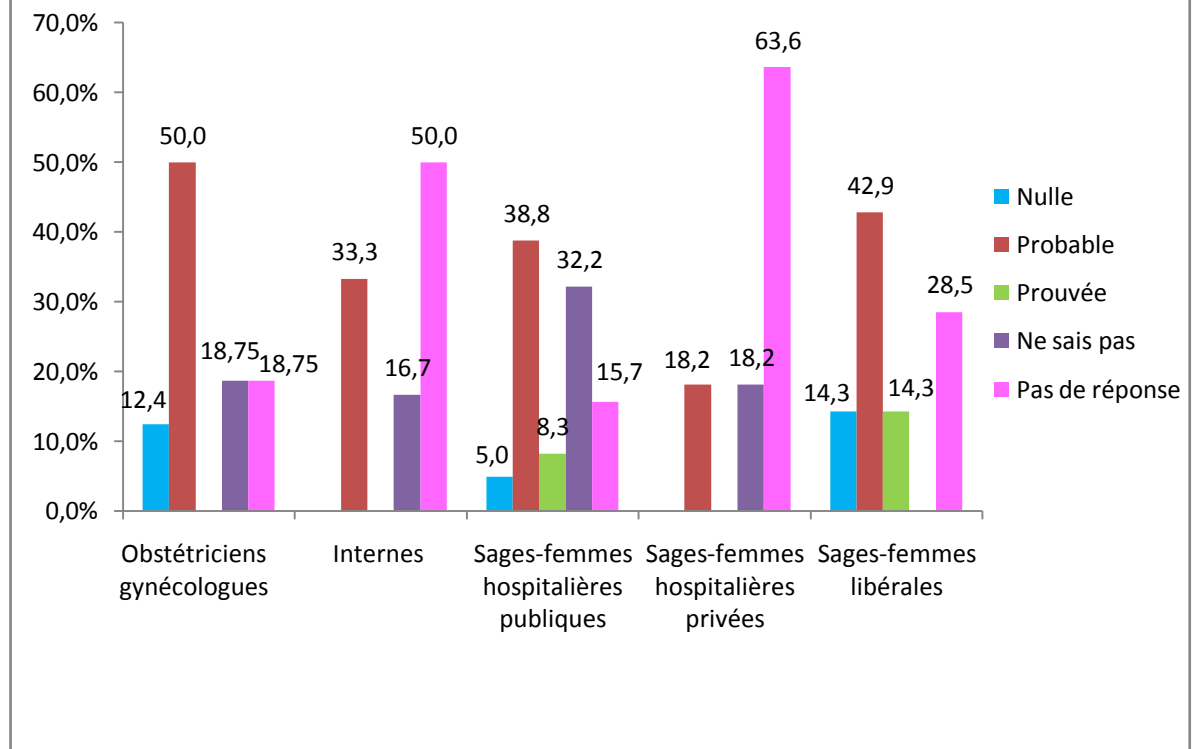
Trois avaient une notion partielle de son principe et une personne avait déjà entendu parler de ce dispositif sans connaître son principe.

Concernant l'efficacité de ce dispositif, six ne savaient pas et quatre pensaient que l'efficacité du dispositif EPI-NO® sur les traumatismes périnéaux était probable.

3) Les compresses chaudes

Soixante dix pourcent (n=161) des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire ont déjà entendu parler de l'application de compresses chaudes pendant la deuxième phase du travail.

Figure 5 : Efficacité de l'application de compresses chaudes sur les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré en %



Parmi les gynécologues obstétriciens, 12,4% (2/16) pensaient que l'application de compresses chaudes sur le périnée pendant la phase d'expulsion n'avait aucune efficacité sur les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré constatées à l'accouchement, 50% (8/16) une efficacité probable, 18,75% (3/16) ne savaient pas et 18,75% (3/16) n'ont pas répondu à cette question.

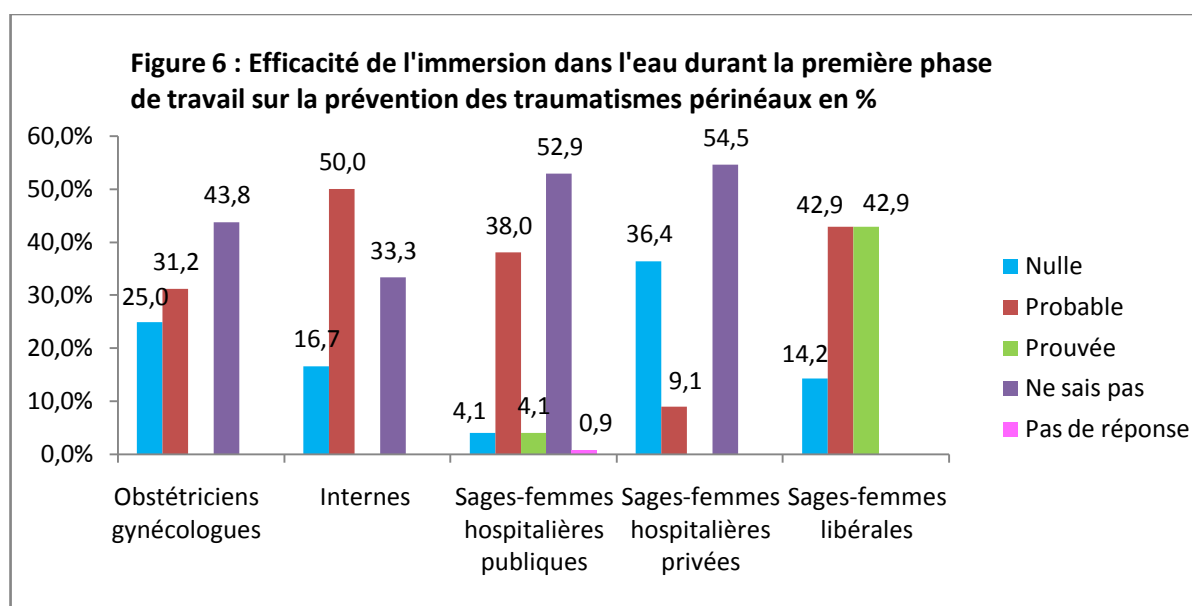
Parmi les internes, 33,3% (2/6) ont répondu que cette efficacité était probable, 16,7% (1/6) ne savaient pas et 50% (3/6) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les sages femmes hospitalières publiques, 5,0% (6/121) pensaient que cette efficacité était absente, 38,8% (47/121) qu'elle était probable, 8,3% (10/121) qu'elle était prouvée, 32,2% (39/121) ne savaient pas et 15,7% (19/121) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les sages femmes hospitalières privées, 18,2% (2/11) ont répondu que l'efficacité était probable, 18,2 % (2/11) ne savaient pas et 63,6% (7/11) n'ont pas répondu à cette question.

Quatorze virgule trois pourcent (1/7) des sages femmes libérales ont dit que l'efficacité des compresses était nulle sur la prévention de ces déchirures, 42,9%(3/7) qu'elle était probable, 14,3% (1/7) qu'elle était prouvée et 28,5% (2/7) n'ont pas répondu.

4) L'immersion dans l'eau



Vingt cinq pourcent (4/16) des gynécologues obstétriciens pensaient que l'immersion dans l'eau durant la première phase de travail avait une efficacité nulle sur la prévention des traumatismes périnéaux mais également 16,7% (1/6) des internes, 4,1% (5/121) des sages femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages femmes hospitalières privées et 14,2% (1/7) des sages femmes libérales.

Trente et un virgule deux pourcent (5/16) des gynécologues obstétriciens ont répondu que l'immersion dans l'eau avait une efficacité probable sur la prévention des traumatismes périnéaux ainsi que 50,0% (3/6) des internes, 38,0% (46/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées et 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales.

Quatre virgule un pourcent (5/121) des sages-femmes hospitalières publiques estimaient que cette efficacité était prouvée dans des études scientifiques ainsi que 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales.

Quarante trois virgule huit pourcent (7/16) des gynécologues obstétriciens ne savaient pas qu'elle efficacité pouvait procurer l'immersion dans l'eau ainsi que 33,3% (2/6) des internes, 52,9% (64/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 54,5% (6/11) des sages-femmes hospitalières privées.

Zéro virgule neuf pourcent (1/121) des sages-femmes hospitalières publiques n'ont pas répondu à cette question.

5) Le gel lubrifiant

Tableau 1 : Utilisation de gel lubrifiant pendant la deuxième phase du travail réduit de manière significative les déchirures périnéales en %

	Obstétriciens gynécologues	Internes	Sages-femmes hospitalières publiques	Sages-femmes hospitalières privées	Sages-femmes libérales
Faux	68,8	100,0	48,8	36,4	71,4
Vrai	25,0	0,0	34,7	18,2	28,6
Aucune réponse	6,2	0,0	16,5	45,4	0,0

Seuls 25,0% gynécologues obstétriciens, 34,7% des sages femmes hospitalières publiques, 18,2% sages-femmes hospitalières privées et 28,6% des sages-femmes hospitalières libérales pensaient à juste titre que l'utilisation de gel lubrifiant pendant la deuxième phase de travail réduit de manière significative les déchirures périnéales.

6) Injection de l'hyaluronidase

Seuls 6,2% (10/161) des professionnels ont déjà entendu parler de l'hyaluronidase pendant la phase d'expulsion.

Un d'entre eux pensait que l'efficacité de cette dernière pendant la phase d'expulsion était nulle sur la prévention des traumatismes périnéaux, un pensait qu'elle est probable, un qu'elle était prouvée et quatre de ces professionnels ne savaient pas.

7) La manœuvre de Ritgen

Tableau 2 : Exercer une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale prévient les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré en %

	Obstétriciens gynécologues	Internes	Sages-femmes hospitalières publiques	Sages-femmes hospitalières privées	Sages-femmes libérales
Non	56,3	83,3	65,3	45,5	85,7
Oui	43,7	16,7	33,1	36,4	14,3
Aucune réponse	0,0	0,0	1,6	18,1	0,0

Ce tableau révèle que 43,7% (7/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 33,1% (40/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% (1/7) des sages libérales estimaient qu'exercer une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale prévient les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré.

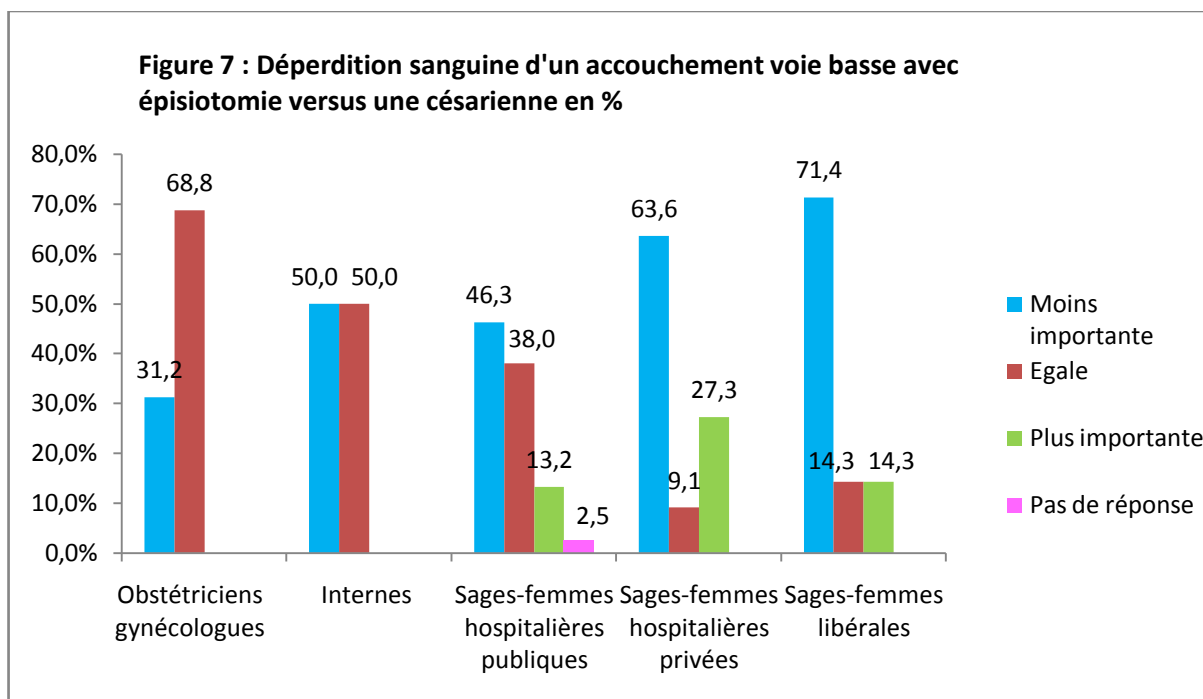
8) Les différents types de poussée

Tableau 3 : Poussée en expire versus poussée en bloquant a-t-il une incidence sur les déchirures ? (en %)

	Obstétriciens gynécologues	Internes	Sages-femmes hospitalières publiques	Sages-femmes hospitalières privées	Sages-femmes libérales
Non	50,0	83,3	24,8	54,5	0,0
Oui	37,5	16,7	74,4	45,5	100,0
Aucune réponse	12,5	0,0	0,8	0,0	0,0

Ce tableau montre que 37,5% (6/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 74,4% (90/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 45,5% (5/11) des sages-femmes hospitalières privées, la totalité des sages-femmes libérales déclaraient que la poussée en expire provoquait moins de déchirures périnéales que la poussée en bloquant pendant la phase d'expulsion.

9) L'épisiotomie



Trente et un virgule deux pourcent (5/16) des gynécologues obstétriciens, 50,0% (3/6) des internes, 46,3% (56/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 63,6% (7/11) des sages-femmes hospitalières privées, 71,4% (5/7) des sages-femmes libérales indiquaient que les déperditions sanguines lors d'un accouchement voie basse avec épisiotomie étaient moins importantes que les déperditions sanguines à l'issue d'une césarienne.

Soixante huit virgule huit pourcent (11/16) des gynécologues obstétriciens, 50,0% (3/6) des internes, 38,0% (46/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales ont répondu que les déperditions sanguines lors d'un accouchement voie basse avec épisiotomie étaient égale aux déperditions sanguines suite à une césarienne.

Treize virgule deux pourcent (16/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 27,3% (3/11) des sages-femmes hospitalières privées et 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales déclaraient que les pertes sanguines étaient plus importantes pendant l'accouchement voie basse avec épisiotomie par rapport aux césariennes.

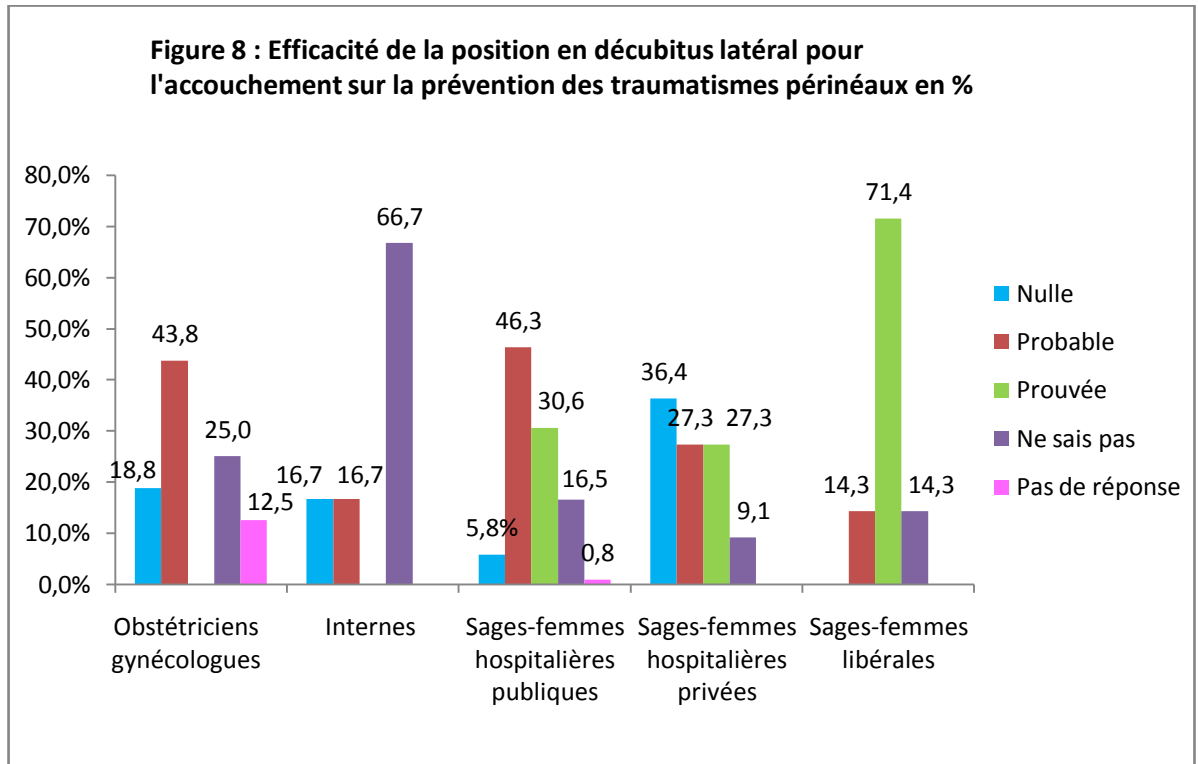
Deux virgule cinq pourcent (3/121) des sages-femmes hospitalières publiques n'ont pas répondu.

Tableau 4 : Indications de l'épisiotomie systématique par les professionnels de santé en %

	Obstétriciens gynécologues	Internes	Sages-femmes hospitalières publiques	Sages-femmes hospitalières privées	Sages-femmes libérales	p-value (pas d'unité)
Primipare	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0.0597
Manœuvres obstétricales	12,5%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	0.8167
Forceps	31,3%	66,7%				0.06953
Spatules	12,5%	16,7%				0.5626
Ventouse	12,5%	0,0%				0.02675
Périnée qui semble se rompre	37,5%	50,0%	40,5%	18,2%	28,6%	0.589
Variété postérieure	6,3%	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	0.8282
Présentation de la face	6,3%	16,7%	14,0%	9,1%	42,9%	0.2185
Fœtus avec RCIU	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0.9874
Présentation podalique	6,3%	16,7%	22,3%	9,1%	14,3%	0.4927
Gémellaire	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0.9069
Antécédent de déchirures du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré	31,3%	16,7%	34,7%	18,2%	28,6%	0.7144
Macrosomie	0,0%	0,0%	10,7%	0,0%	0,0%	0.5447
Mutilations sexuelles	12,5%	16,7%	20,7%	9,1%	42,9%	0.4394
Rythme cardiaque anormal pendant l'expulsion	6,3%	0,0%	22,3%	9,1%	28,6%	0.2792
Prématurité	0,0%	0,0%	7,4%	9,1%	0,0%	0.6618
Aucune	50,0%	33,3%	27,3%	63,6%	28,6%	0.07448

Il existait un lien statistiquement significatif entre la profession exercée et le fait d'avoir répondu que l'indication systématique de l'épisiotomie était la ventouse (p=0.02).

10) L'accouchement en décubitus latéral



Dix huit virgule huit pourcent (3/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 5,8% (7/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées, indiquaient que la position en décubitus latéral lors de la poussée avait une efficacité nulle sur la prévention des traumatismes périnéaux.

Quarante trois virgule huit pourcent (7/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 46,3% (56/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 27,3% (3/11) des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales estimaient que le décubitus latéral lors de la poussée avait une efficacité probable sur la prévention des traumatismes périnéaux.

Trente virgule six pourcent (37/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 27,3% (3/11) des sages-femmes hospitalières privées, 71,4% (5/7) des sages-femmes libérales pensaient que cette même efficacité était prouvée.

Vingt cinq pourcent (4/16) des gynécologues obstétriciens, 66,7% (4/6) des internes, 16,5% (20/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales ne savaient pas qu'elle était

l'influence de la position en décubitus latéral pendant la poussée sur la prévention des traumatismes périnéaux.

Douze virgule cinq pourcent (2/16) des gynécologues obstétriciens et 0,8% (1/121) des sages-femmes hospitalières publiques n'ont pas répondu à cette question.

III) La pratique des professionnels de santé

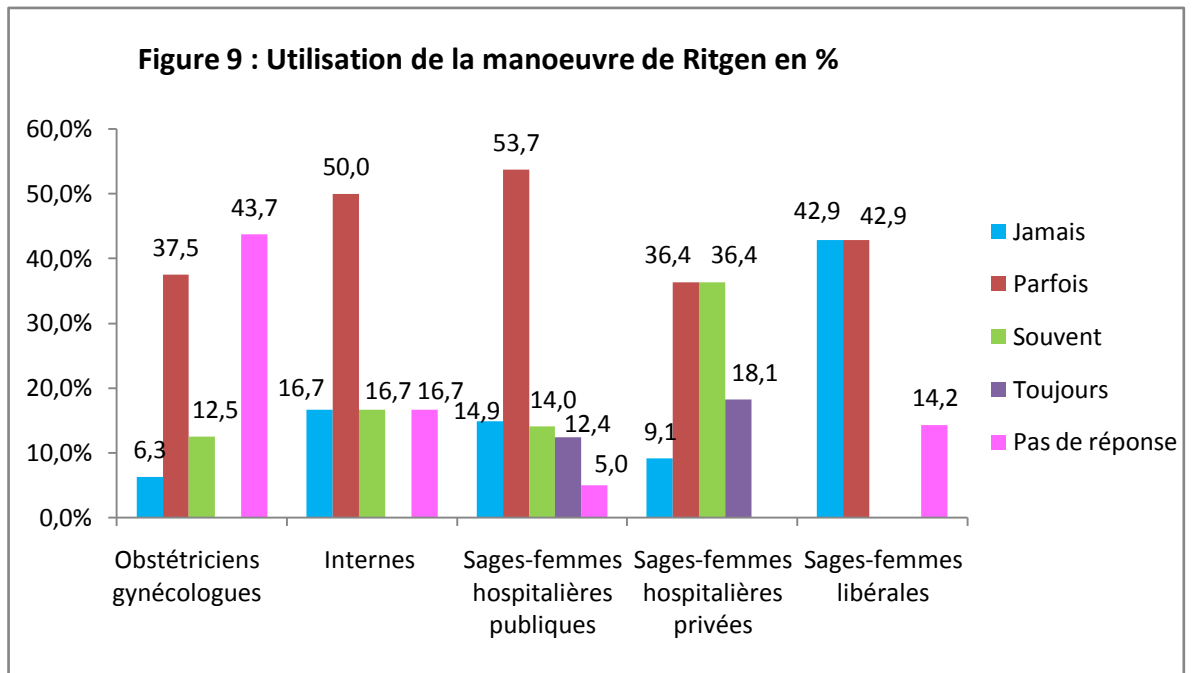
1) Le massage périnéal

Seulement 24,6% sages-femmes (n=138) parlaient du massage périnéal lorsqu'elles réalisaient des cours de préparation à la naissance et à la parentalité dont 28 sages-femmes hospitalières publiques et 6 sages-femmes libérales.

2) Les compresses chaudes

Un gynécologue obstétricien a indiqué utiliser des compresses chaudes pendant la deuxième phase du travail, 31,4% (38/121) des sages-femmes hospitalières publiques, une sage-femme hospitalières privées, et deux sages-femmes libérales. Aucun interne ne semble utiliser cette méthode.

3) La manœuvre de Ritgen



Six virgule trois pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 14,9% (18/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées et 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales ont déclaré qu'ils n'utilisaient jamais la manœuvre de Ritgen lors de l'expulsion

Trente sept virgule cinq pourcent (6/16) des gynécologues obstétriciens, 50,0% (3/6) des internes, 53,7% (65/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées, 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales avouaient qu'ils pratiquaient parfois la manœuvre de Ritgen.

Douze virgule cinq pourcent (2/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 14,0% (17/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées ont déclaré exercer souvent la manœuvre de Ritgen.

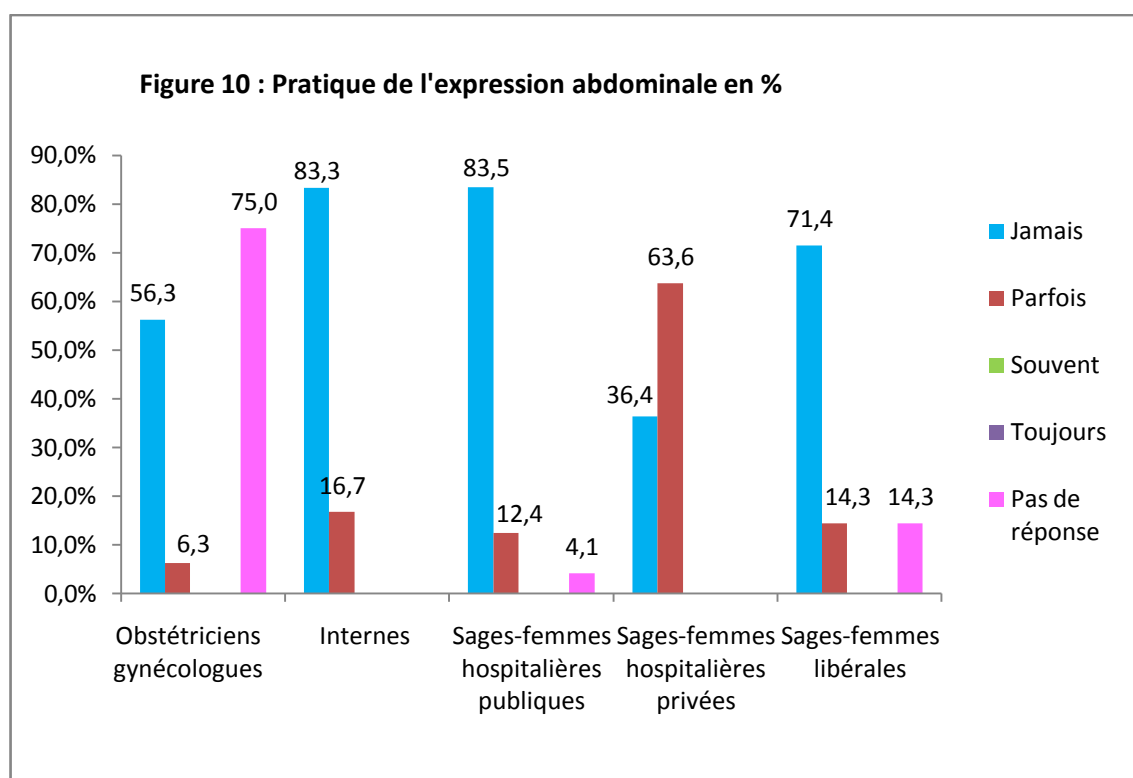
Douze virgule quatre pourcent (15/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 18,1% (2/11) des sages-femmes hospitalières privées affirmaient pratiquer toujours la manœuvre de Ritgen lors de l'expulsion.

Quarante trois virgule sept pourcent (7/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 5,0% (6/121) des sages-femmes hospitalière publiques et 14,2% (1/7) des sages-femmes libérales n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 5 : Moment où est effectuée la manœuvre de Ritgen en %

	Obstétriciens gynécologues	Internes	Sages-femmes hospitalières publiques	Sages-femmes hospitalières privées	Sages-femmes libérales
Pendant la contraction	37,5	50,0	70,2	90,9	28,6
Hors contraction	12,5	16,7	5,0	0,0	14,3
Aucune réponse	50,0	33,3	24,8	9,1	57,1

4) L'expression abdominale



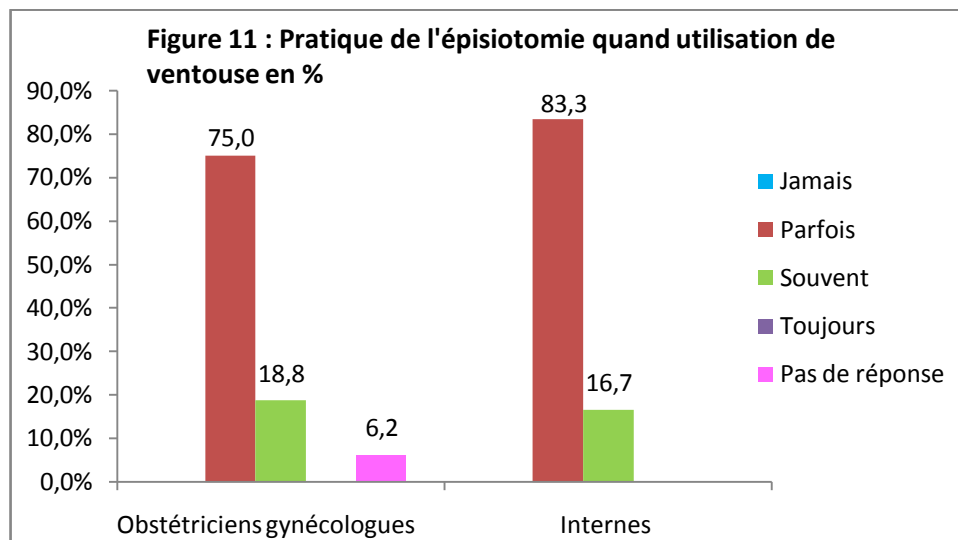
Cinquante six virgule trois pourcent (9/16) des gynécologues obstétriciens, 83,3% (5/6) des internes, 83,5% (101/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées, 71,4% (5/7) des sages-femmes libérales ont certifié ne jamais pratiquer d'expression abdominale lors de l'expulsion.

Six virgule trois pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 12,4% (15/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 63,6% (7/11) des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales ont avoué pratiquer parfois l'expression abdominale lors de l'expulsion.

Soixante quinze pourcent (12/16) des gynécologues obstétriciens, 4,1% (5/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales n'ont pas répondu à cette question.

Il existe une différence statistiquement significative entre les sages-femmes hospitalières publique et les sages-femmes hospitalières privées $p=0.0001$.

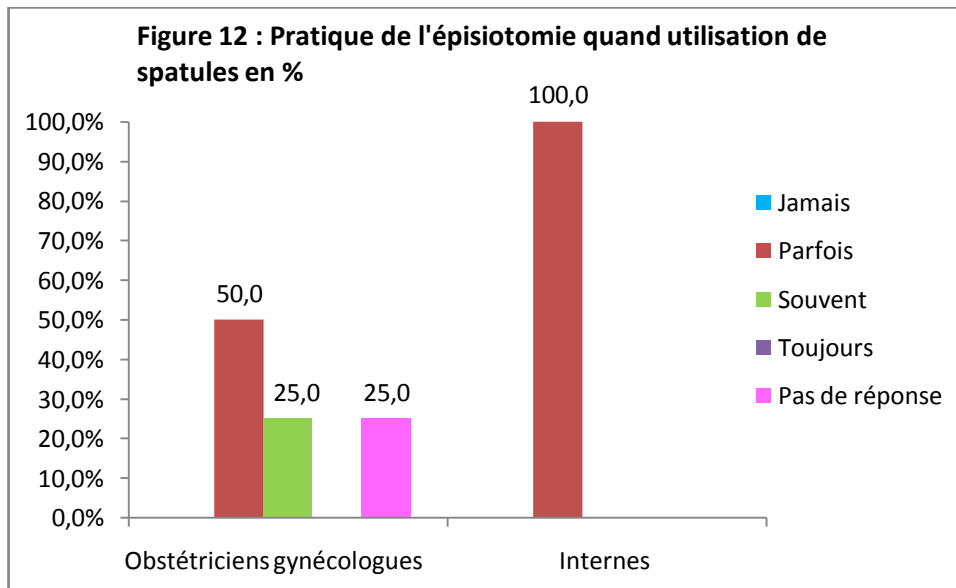
5) Episiotomie et ventouse



Ces résultats exposent que :

- 75,0% (12/16) des gynécologues obstétriciens, 83,3% (5/6) des internes pratiquaient parfois une épisiotomie lors d'une ventouse.
- 18,8% (3/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, réalisaient souvent une épisiotomie lorsqu'ils utilisaient la ventouse pour aider à l'expulsion.
- 6,2% (1/16) des gynécologues obstétriciens n'ont pas répondu à cette question.

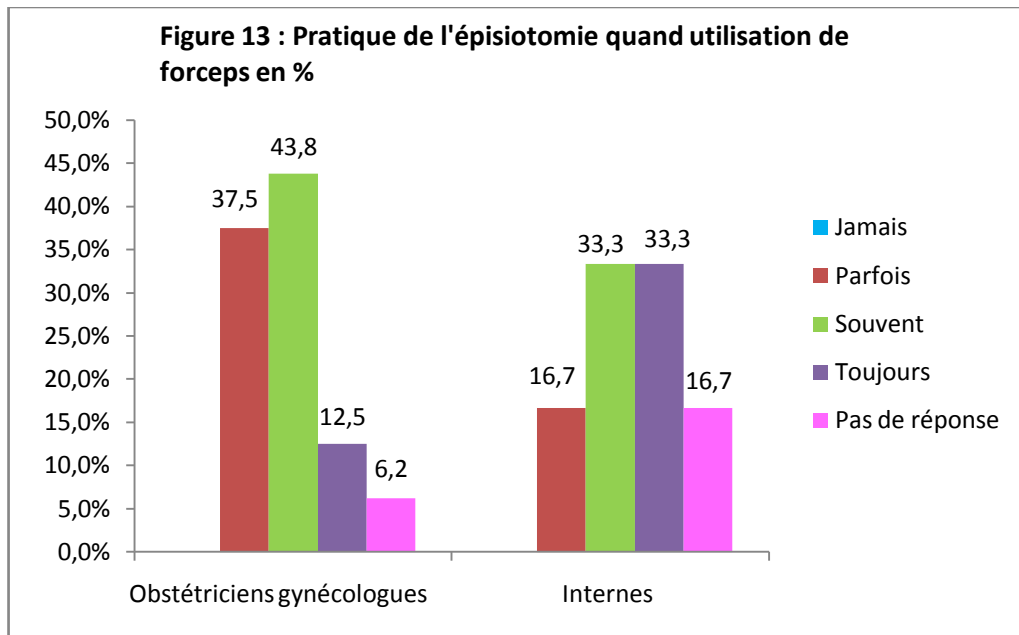
6) Épisiotomie et spatules



Cet histogramme montre que :

- 50,0% (8/16) des gynécologues obstétriciens, 100% des internes, réalisaient parfois une épisiotomie lorsqu'ils utilisaient les spatules pour aider à l'expulsion.
- 25,0% (4/16) des gynécologues obstétriciens expliquaient pratiquer souvent une épisiotomie lorsqu'ils employaient les spatules pour aider à l'expulsion.
- 25,0% (4/16) des gynécologues obstétriciens n'ont pas répondu à cette question.

7) Épisiotomie et forceps



Trente sept virgule cinq pourcent (6/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, réalisaient parfois une épisiotomie lorsqu'ils utilisaient les forceps pour aider à l'expulsion.

Quarante trois virgule huit pourcent (7/16) des gynécologues obstétriciens, 33,3% (2/6) des internes, pratiquaient souvent une épisiotomie lorsqu'ils utilisaient les forceps pour aider à l'expulsion.

Douze virgule cinq pourcent (2/16) des gynécologues obstétriciens, 33,3% (2/6) des internes, réalisaient toujours une épisiotomie lorsqu'ils utilisaient les forceps pour aider à l'expulsion.

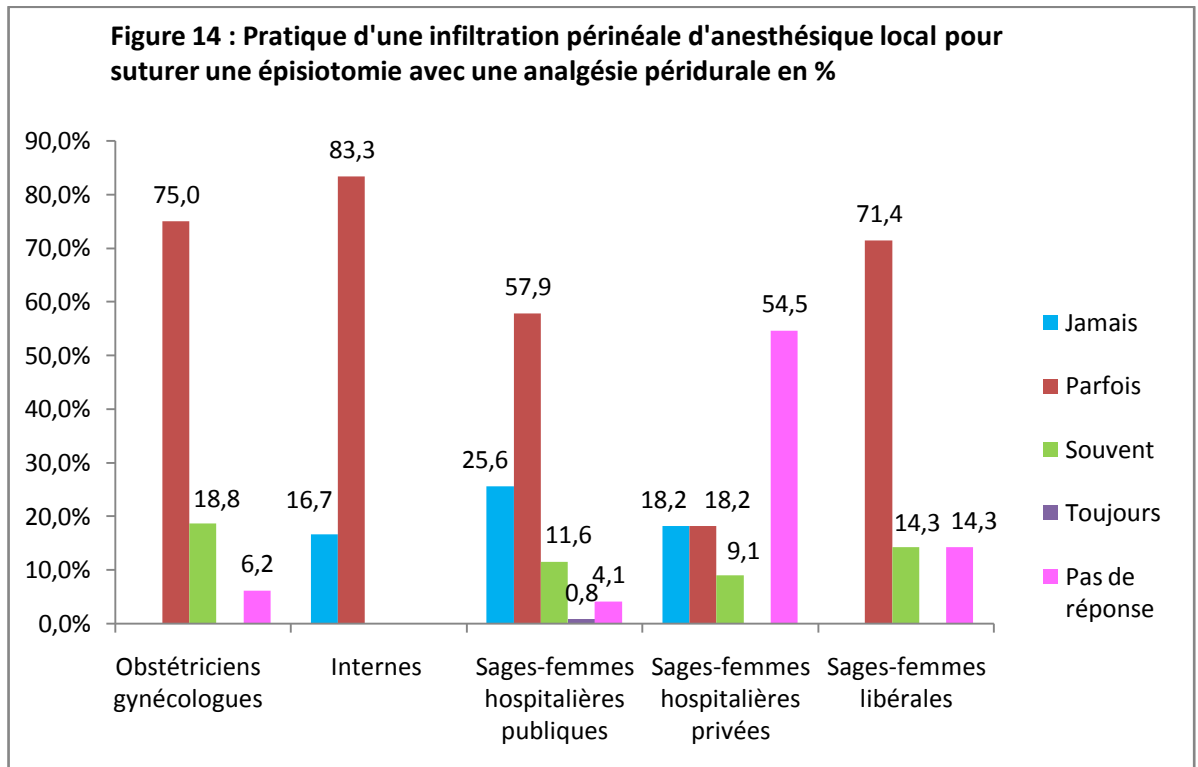
Six virgule deux pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes n'ont pas répondu.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le fait de réaliser une épisiotomie lors de forceps et le fait d'être un interne ou gynécologue obstétricien car **p=0.40**.

8) Méthode de suture « un fil un nœud »

Seulement 28% (30/107) des professionnels de santé utilisaient la méthode un fil un nœud pour suturer une épisiotomie alors que 49% (75/154) disaient avoir eu une formation sur cette méthode de suture.

9) L'infiltration périnéale d'anesthésique local pour suturer une épisiotomie



Seize virgule sept pourcent (1/6) des internes, 25,6% (31/121) des sages femmes hospitalières publiques et 18,2% des sages-femmes hospitalières privées ne pratiquaient jamais d'infiltration périnéale d'anesthésique local pour suturer une épisiotomie lorsque la patiente bénéficie d'une analgésie péridurale.

Soixante quinze pourcent (12/16) des gynécologues obstétriciens, 83,3% (5/6) des internes, 57,9% (70/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 18,2% (2/11) des sages-femmes hospitalières privées, 71,4% (5/7) des sages-femmes libérales réalisaient parfois une infiltration d'anesthésique local.

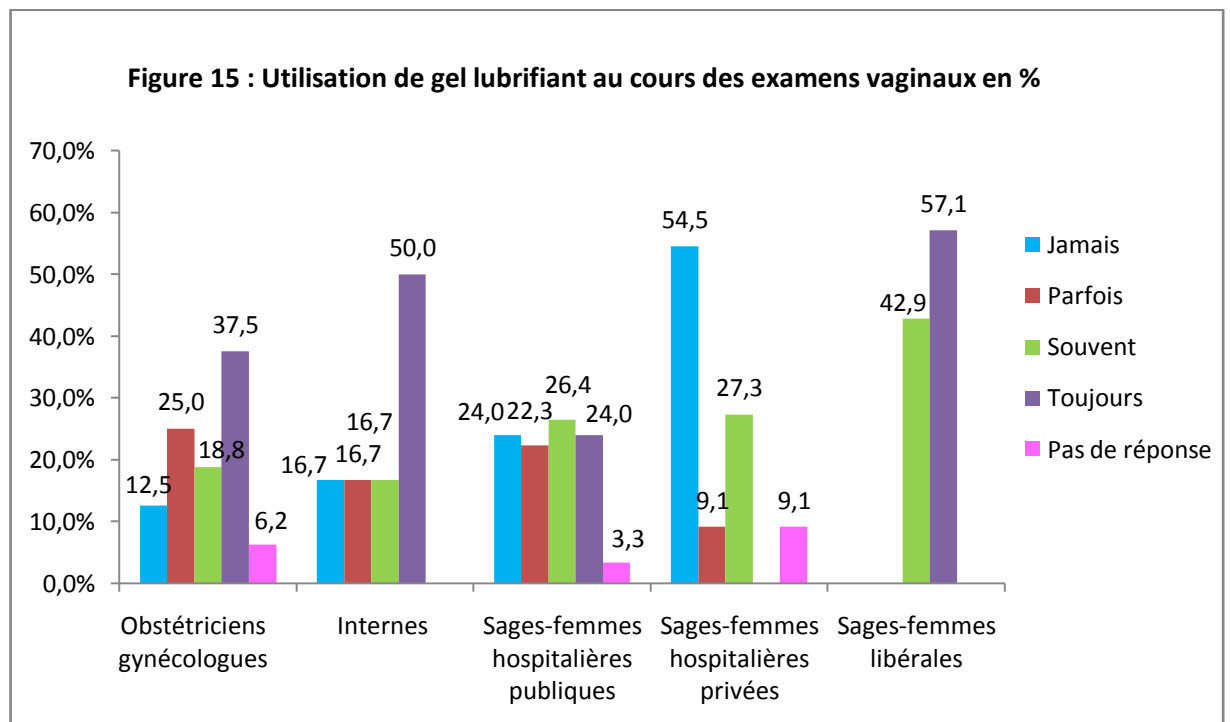
Dix huit virgule huit pourcent (3/16) des gynécologues obstétriciens, 11,6% (14/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées et 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales utilisaient souvent l'infiltration périnéale d'anesthésique locale pour suturer une épisiotomie.

Zéro virgule huit pourcent (1/121) des sages-femmes hospitalières publiques réalisaient toujours une infiltration d'anesthésique local.

Six virgule deux pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 4,1% (5/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 54,5% (6/11) des sages-femmes hospitalières privées et 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le fait d'être sage-femme ou gynécologue et le fait de réaliser souvent ou parfois une infiltration d'anesthésique local lors de la réalisation d'une suture d'épisiotomie car $p=0.91$.

10) le gel lubrifiant



Douze virgule cinq pourcent (2/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 24,0% (29/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 54,5% (6/11) des sages-femmes hospitalières privées n'utilisaient jamais de gel lubrifiant lors des examens vaginaux des patientes en travail.

Vingt cinq pourcent (4/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 22,3% (27/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 9,1% (1/11) des sages-femmes privées utilisaient parfois du gel lubrifiant pour effectuer les examens vaginaux au cours du travail.

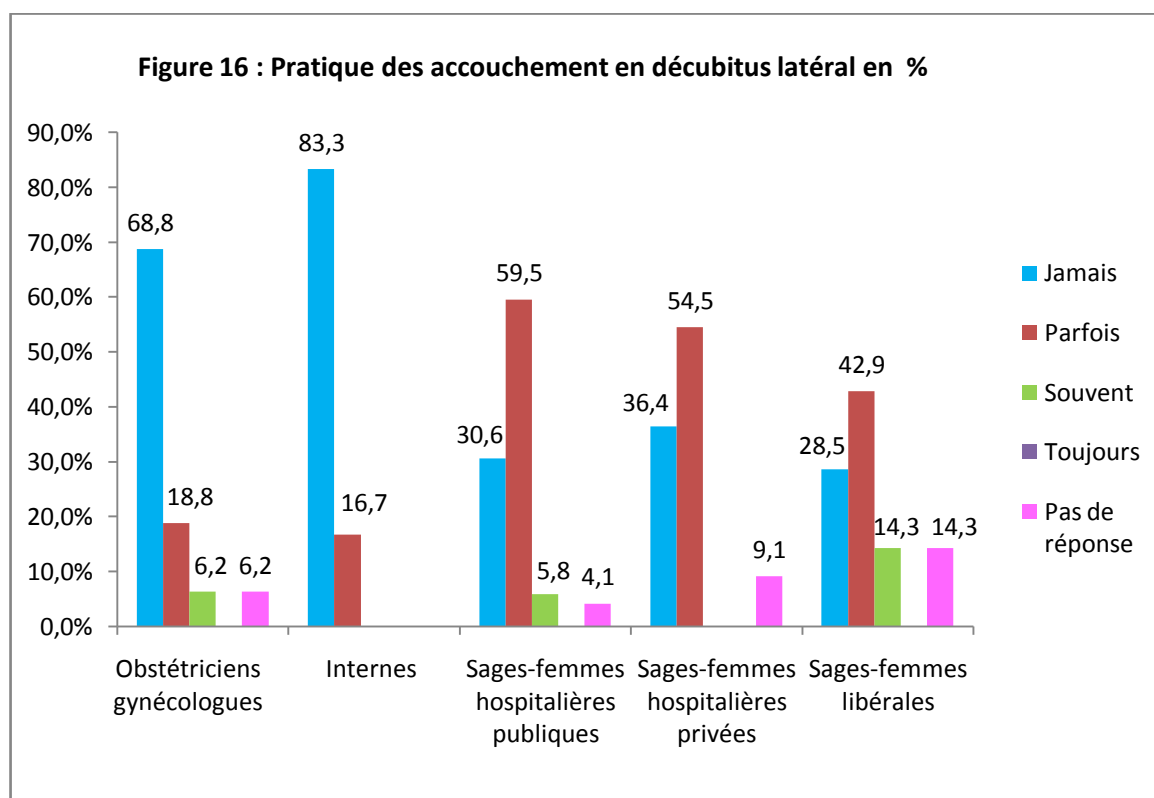
Dix huit virgule huit (3/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 26,4% (32/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 27,3% (3/11) des sages-femmes

hospitalières privées et 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales se servaient souvent du gel lubrifiant lors des examens vaginaux des patientes en travail.

Trente sept virgule cinq pourcent (6/16) des gynécologues obstétriciens, 50,0% (3/6) des internes, 24,0% (29/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 57,1% (4/7) des sages-femmes libérales utilisaient toujours du gel lubrifiant lors des examens vaginaux des patientes en travail.

Six virgule deux pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 3,3% (4/121) des sages-femmes hospitalières publiques et 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées n'ont pas répondu à cette question.

11) L'accouchement en décubitus latéral



Soixante huit virgule huit pourcent (11/16) des gynécologues obstétriciens, 83,3% (5/6) des internes, 30,6% (37/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% (4/11) des sages-femmes hospitalières privées et 28,5% (2/7) des sages femmes libérales n'accouchaient jamais les patientes en décubitus latéral.

Dix huit virgule huit pourcent (3/16) des gynécologues obstétriciens, 16,7% (1/6) des internes, 59,5% (72/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 54,5% (6/11) des sages-femmes hospitalières privées et 42,9% (3/7) des sages-femmes libérales faisaient parfois accoucher les patientes en décubitus latéral.

Six virgule deux pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 5,8% (7/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales accouchaient souvent les patientes en décubitus latéral.

Six virgule deux pourcent (1/16) des gynécologues obstétriciens, 4,1% (5/121) des sages-femmes hospitalières publiques, 9,1% (1/11) des sages-femmes hospitalières privées et 14,3% (1/7) des sages-femmes libérales n'ont pas répondu à cette question.

Il existe une différence statistiquement significative entre la pratique des sages-femmes et les gynécologues obstétriciens (**p=0.006**).

Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les sages-femmes hospitalières publiques et les sages-femmes hospitalières privées car **p=0.67**.

DISCUSSION

I) Analyse de l'étude

1) Les limites de l'étude

Il est nécessaire de préciser les biais de sélection retrouvés dans notre étude.

En effet, les résultats de notre étude se limitent aux gynécologues obstétriciens, aux internes en gynécologie obstétrique et aux sages-femmes d'Auvergne et ne peuvent se généraliser à une plus large population en raison des spécificités inhérentes à la région (formations, pratiques, organisation). De plus, le taux de non réponse (58,2%) constitue un biais, bien que ce soit un taux habituel dans ce type d'enquête. Nous n'avons pas recueilli de réponse des gynécologues obstétriciens travaillant en secteur privé et peu de sages-femmes libérales ont répondu à ce questionnaire. Seules les sages-femmes libérales bénéficiant d'une adresse mail ont reçu le questionnaire par courriel ce qui renforce le biais de sélection.

Ensuite, la totalité des méthodes de prévention des traumatismes périnéaux n'a pas été repris en raison de l'étendue de ce sujet. Notre étude non exhaustive se limite à certaines méthodes ou pratiques.

Il s'agit d'une enquête déclarative. Les résultats se basent sur l'honnêteté des professionnels vis-à-vis de leur pratique et ne peuvent être contrôlés par une observation extérieure, ce qui aurait permis des données plus fiables.

Enfin l'interprétation et la compréhension des questions n'ont pas été validées par un pré test.

2) Les avantages

Le questionnaire de notre étude a été distribué dans l'ensemble des maternités d'Auvergne. Cette étude étant anonyme, on peut présumer de la fiabilité des réponses données. Ainsi, on peut considérer que les résultats sont représentatifs des pratiques actuelles.

Le taux réponse de 41,8% reste correct ainsi que l'effectif total de 161 professionnels de santé.

II) Analyse des résultats

1) La population

Notre population est répartie en cinq groupes : les gynécologues obstétriciens, les internes en gynécologie obstétrique, les sages-femmes hospitalières publiques, les sages-femmes hospitalières privées et les sages-femmes libérales. Les sages-femmes hospitalières publiques sont le plus représentées (75%), en deuxième on retrouve les gynécologues obstétriciens (10%), puis les sages-femmes hospitalières privées (7%), et avec 4% les sages-femmes libérales et les internes en gynécologie obstétrique. Le secteur privé pour les gynécologues et sages-femmes étant peu représenté, nous n'avons pas pu en constituer un échantillon significatif alors que l'on pouvait supposer des pratiques spécifiques dans cette population. De plus, les sages-femmes libérales et les internes sont peu à avoir répondu à notre étude donc les résultats ne peuvent pas être étendus à l'échelle régionale. Concernant les réponses des sages-femmes libérales sur leurs pratiques pendant l'accouchement, les résultats sont à prendre avec précaution puisque seulement une d'entre elles dispose d'un accès à un plateau technique. Les autres sages-femmes libérales s'appuient-elles sur leurs expériences antérieures ou réalisent-elles des accouchements à domicile ?

Au sein des établissements de santé, 51,9% des professionnels de santé exercent en niveau 2, 29,2% en niveau 3 et 18,9% en niveau 1. Cinq maternités d'Auvergne sur huit étant de niveau 2, la répartition des professionnels selon le niveau des établissements correspond à la répartition auvergnate des maternités.

Les sages-femmes hospitalières exercent pour 100% d'entre elles en salle d'accouchement pour le secteur privé et 85,1% pour le secteur public. Les résultats donneront donc globalement une évaluation objective des pratiques actuelles.

Le fait que plusieurs sages-femmes exercent dans plusieurs secteurs d'activité a permis d'évaluer leurs connaissances sur plusieurs champs de leur compétence.

2) Discussion sur les connaissances et les pratiques des professionnels de santé

a) Concernant le massage périnéal pratiqué en anténatal

Les résultats montrent que 61,2% des sages-femmes hospitalières publiques, 45,5% des sages-femmes hospitalières privées, 85,7% des sages-femmes libérales pensent que le massage périnéal pratiqué en anténatal a une efficacité probable sur la prévention des traumatismes périnéaux. Les études ont démontré une réduction significative du taux d'épisiotomie chez les primipares, mais aucune différence n'a été constatée dans l'incidence des déchirures du premier ou du deuxième degré ainsi que pour celles du troisième et quatrième degré. [6] On peut donc dire que la majorité des professionnels ont une connaissance relativement juste de l'efficacité du massage périnéal pratiqué en anténatal.

En lien avec ces connaissances, seulement 24,6% des sages-femmes parlent du massage périnéal en anténatal dont 28 sages-femmes hospitalières publiques et six sages-femmes libérales. Malgré une efficacité probable mais peu significative, l'information du massage périnéal à laquelle ont droit les patientes est finalement peu promulguée alors que des études ont montré une vision positive des femmes à pratiquer le massage périnéal [27]. On peut tout de même souligner que les sages-femmes libérales remplissent leur devoir d'information puisque six sages-femmes sur sept ayant répondu à l'étude parlent du massage périnéal en anténatal. Elles ont également une connaissance exacte de l'efficacité du massage périnéal en anténatal. On peut donc en conclure que plus un professionnel de santé a une connaissance exacte sur un sujet plus il va communiquer une information sur ce sujet.

b) Concernant le dispositif EPI-NO®

Seulement six professionnels de santé connaissent ce dispositif EPI-NO® et son principe en totalité, ce qui signifie que peu de professionnels se documentent sur les pratiques faites à l'étranger qui pourraient avoir un effet bénéfique sur la prévention des traumatismes périnéaux. En effet, ce dispositif semble augmenter de manière significative le taux de périnée intact [9]. Mais quatre de ces professionnels ont annoncé que l'efficacité de ce dispositif est probable sur les traumatismes périnéaux. Cette connaissance erronée renvoie à la notion du manque d'information des professionnels sur les études réalisées à l'étranger.

Cependant ce dispositif reste marginal, surtout utilisé en Allemagne d'où le manque d'information. D'autre part, des cas d'embolies pulmonaires sont rapportés pouvant expliquer une réticence à son utilisation [9].

c) Concernant les compresses chaudes

Soixante dix pourcent des professionnels de santé ont déjà entendu parler de l'application de compresses chaudes pendant l'expulsion. Mais seulement un gynécologue utilise cette méthode, 31,4% des sages-femmes hospitalières publiques, une sage-femme hospitalière privée et deux sages-femmes libérales alors que cette application semble réduire de manière significative le taux de déchirure du 3^{ième} et 4^{ième} degré [14]. Il est important de préciser que uniquement 8,3% des sages-femmes hospitalières publiques et 14,3% des sages-femmes libérales estiment que l'efficacité de cette méthode sur la prévention des déchirures du 3^{ième} et 4^{ième} degré est prouvée dans des études scientifiques.

Cette méthode est simple d'utilisation, sous employée par les professionnels de santé qui manquent d'information à son sujet. Mais les sages-femmes utilisent davantage cette pratique par rapport aux gynécologues obstétriciens. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes autonomes dans les accouchements eutociques, sollicitent les gynécologues obstétriciens lorsque se présente une pathologie ou une urgence, ces derniers ayant alors peu de temps pour utiliser ou penser à cette méthode. En effet, l'utilisation de cette méthode fait partie de l'accompagnement global de la patiente pendant l'expulsion.

d) Concernant l'immersion dans l'eau

L'immersion dans l'eau pendant la première phase du travail n'apporte pas de réduction du taux de traumatismes périnéaux [10]. Mais, seulement 25% des gynécologues obstétriciens, 16,7% des internes, 4,1% des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% des sages-femmes hospitalières privées et 14,2% des sages-femmes libérales ont déclaré qu'il n'y avait aucune efficacité de l'immersion dans l'eau pendant la première phase de travail sur la prévention des traumatismes périnéaux.

Ainsi les professionnels ont sur estimé l'efficacité de cette méthode sur les traumatismes périnéaux pendant la première phase du travail par manque de connaissance et d'information.

Ces réponses inexactes peuvent s'expliquer par le fait qu'une médiatisation s'accroît autour de ces « espaces natures » respectant la physiologie et attirant de plus en plus les patientes. Effectivement, c'est un outil de marketing pour les hôpitaux.

Les professionnels de santé ont confondu, l'efficacité réelle de cette méthode sur la réduction de la durée de cette première phase du travail et son effet antalgique avec l'absence d'effet prouvé sur les traumatismes périnéaux [10].

e) Concernant l'utilisation de gel lubrifiant

Vingt cinq pourcent des gynécologues obstétriciens, 34,7% des sages-femmes hospitalières publiques, 18,2% sages-femmes hospitalières privées et 28,6% des sages-femmes hospitalières libérales pensent que l'utilisation de gel lubrifiant pendant la deuxième phase de travail réduit de manière significative les déchirures périnéales. En effet, ces professionnels ont une vision juste de l'efficacité de cette méthode [24]. Quand on analyse leurs pratiques 37,5% des gynécologues obstétriciens, 50,0% des internes, 24,0% des sages-femmes hospitalières publiques, 57,1% des sages-femmes libérales utilisaient toujours du gel lubrifiant lors des examens vaginaux. Dans les questionnaires, il n'est pas précisé, par oubli, les circonstances de cette utilisation. Il était en fait attendu le nombre de professionnels utilisant du gel lubrifiant pendant les examens vaginaux lors du travail d'accouchement. Ces résultats sont donc à interpréter avec précaution.

On observe un manque de connaissance des professionnels de santé sur l'efficacité de cette pratique. Cependant, il ne semble pas être corrélé à la pratique puisque 57,1% des sages-femmes libérales utilisent le gel lubrifiant. Cette discordance peut être liée au fait que les professionnels utilisent le gel lubrifiant pour une autre raison : réduire les douleurs périnéales de l'examen vaginal.

f) Concernant l'injection de l'hyaluronidase

Seulement, 6,2% des professionnels ont déjà entendu parler de l'hyaluronidase pendant la phase d'expulsion.

Pourtant cette méthode utilisée à l'étranger réduit les traumatismes périnéaux lorsque cette injection est réalisée lors de l'expulsion [15]. Cette méthode reste marginale et manque de données. Seule une étude a étudié son efficacité [15].

g) Concernant l'utilisation de la manœuvre de Ritgen

Seuls 43,7% des gynécologues obstétriciens, 16,7% des internes, 33,1% des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% des sages libérales estiment qu'exercer une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale prévient les déchirures du 3^{ième} et 4^{ième} degré. Ces praticiens ont une connaissance erronée de cette pratique car elle ne réduit pas le taux de déchirures du 3^{ième} et 4^{ième} degré [16].

De plus, 37,5% des gynécologues obstétriciens, 50,0% des internes, 53,7% des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% des sages-femmes hospitalières privées, 42,9% des sages-femmes libérales avouent pratiquer parfois la manœuvre de Ritgen. Cet usage largement répandu mériterait d'être abandonné au profit d'autres méthodes car des études montrent qu'il y a moins de déchirures quand aucune pression sur le périnée n'est exercée lors de l'expulsion [28].

Il serait intéressant de connaître les raisons qui poussent ces professionnels à utiliser cette technique.

D'autre part, les professionnels n'utilisent pas cette technique au moment opportun. Si la manœuvre est pratiquée, elle doit être réalisée entre deux contractions. Hors 37,5% des gynécologues obstétriciens, 50% des internes, 70,2% des sages-femmes hospitalières publiques, 90,9% des sages-femmes hospitalières privées et 28,6% des sages-femmes libérales pratiquent la manœuvre de Ritgen pendant la contraction. Il persiste un mauvais usage de cette pratique qui induit un effet plus délétère sur le périnée.

h) Concernant les différents types de poussées

Dans la littérature, Yildirim et al. n'ont pas retrouvé de différence significative sur l'incidence des déchirures entre la méthode de poussée en bloquant et la méthode de poussée en expirant [19]. Donc 50% des gynécologues obstétriciens, 83,3% des internes, 54,5% des sages-femmes hospitalières privées et 24,8% des sages-femmes hospitalières publiques ont répondu correctement à cette question. Les sages-femmes hospitalières publiques sur estiment cette pratique.

Mais Bernadette de Gasquet a expliqué que chaque poussée est en fait réflexe. Les abdominaux profonds vont développer une contraction réflexe d'une force synchrone de la contraction utérine. De ce serrage abdominal va résulter une force concentrique en direction

du périnée et de la gorge. Cependant, pousser vers le bas est aberrant, puisque le ventre se distend, donc la force est opposé à la contraction réflexe des abdominaux, faisant rentrer le ventre. Il faut renvoyer l'air vers le haut tout en dirigeant sa tête vers l'arrière (lutter contre un support, comme par exemple l'oreiller ou l'appui de la main du père) cela abaisse le ventre vers le bas et ainsi produit une force résultante plus importante tout en respectant le périnée [29]. Certaines sages-femmes hospitalières ayant suivi une formation « Bernadette de Gasquet » prônant la poussée en expire, ont probablement attribué une efficacité prouvée de cette technique sur les traumatismes périnéaux.

i) Concernant l'épisiotomie

L'épisiotomie, technique ne protégeant en rien le périnée, en raison de sa définition même qui est une périnéotomie signifiant incision du périnée, a été largement remise en question. Maintenant une politique de pratique d'épisiotomie restrictive remplace la politique libérale. Ainsi, dans les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de 2005, il n'existe plus d'indication à une épisiotomie systématique [3]. Ce geste s'évalue au cas par cas en sachant que chaque situation est unique et ne peut être généralisée.

Dans notre étude, 50% des gynécologues obstétriciens, 33,3% des internes, 27,3% des sages-femmes hospitalières privées, 63,6% des sages-femmes hospitalières privées et 28,6% des sages-femmes libérales ont répondu qu'il n'y existe aucune indication à l'épisiotomie systématique. Cependant 75% des gynécologues obstétriciens déclarent pratiquer parfois une épisiotomie lorsqu'il utilise une ventouse, ainsi que 83,3 % des internes. 50% des gynécologues obstétriciens et 100% des internes réalisent parfois une épisiotomie lorsqu'il utilise des spatules. En ce qui concerne les forceps, 12,5% des gynécologues obstétriciens, 33,3% des internes, réalisent toujours une épisiotomie. Ces discordances entre ces différentes réponses, révèlent que malgré les recommandations, les professionnels pratiquent encore l'épisiotomie de manière systématique surtout lorsqu'il s'agit de l'utilisation de forceps (pratique non conforme aux recommandations) [3].

Les pertes sanguines

Les professionnels sous estiment également les déperditions sanguines engendrées par un accouchement voie basse avec épisiotomie. Ces pertes sanguines sont plus importantes qu'un accouchement par césarienne [4]. En effet, seulement 13,2 % des sages-femmes hospitalières publiques, 27,3% des sages-femmes hospitalières privées et 14,3% des sages-femmes libérales pensent que les déperditions sanguines sont plus importante lors d'un accouchement voie

basse avec épisiotomie par rapport aux césariennes. On retrouve encore un manque de connaissance à ce sujet. La quantification des pertes sanguines pendant l'accouchement est obligatoire, d'où la mise en place de sac de recueil gradué, pour une prise en charge adaptée des hémorragies de la délivrance. Ce manque de connaissance reflète-il plutôt une mauvaise quantification des pertes sanguines?

Suture de l'épisiotomie

Il est intéressant aussi d'analyser les méthodes de suture de l'épisiotomie en sachant que la méthode de suture un fil un nœud réduit significativement les douleurs et le risque de déhiscence [30]. Mais, 28% des professionnels de santé utilisent la méthode un fil un nœud pour suturer une épisiotomie alors que 49% disent avoir eu une formation sur cette méthode de suture. Ainsi, malgré des formations réalisées par les professionnels de santé, ces derniers ne pratiquent pas ce qu'ils auraient appris. Il serait donc intéressant de comprendre pourquoi ces pratiques ne sont pas usitées ?

Anesthésie

Il est recommandé de recourir systématiquement à une méthode anesthésique lors de la pratique et de la réparation d'une épisiotomie même quand la patiente est sous analgésie péridurale, il semble que cela améliore la qualité de l'analgésie périnéale [3]. Mais 16,7% des internes, 25,6% des sages femmes hospitalières publiques et 18,2% des sages-femmes hospitalières privées ne pratiquent jamais d'infiltration périnéale d'anesthésique local pour suturer une épisiotomie lorsque la patiente bénéficie d'une analgésie péridurale. Ces résultats témoignent que la majorité des professionnels sont sensibilisés à la douleur provoquée par cette pratique.

i) Concernant l'accouchement en décubitus latéral

Les résultats ont montré que 68,8% des gynécologues obstétriciens, 83,3% des internes, 30,6% des sages-femmes hospitalières publiques, 36,4% des sages-femmes hospitalières privées et 28,5% des sages-femmes libérales n'accouchent jamais les patientes en décubitus latéral. Pourtant, il a été démontré que le taux de périnée intact est significativement augmenté lors de l'expulsion en décubitus latéral [20]. Cette pratique ne s'est pas assez répandue, elle repose sur le fait qu'il existe plus de déperditions sanguines lors des accouchements en décubitus latéral par rapport au décubitus dorsal ou simplement par commodité de la position en décubitus dorsal pour le professionnel de santé [21].

Concernant les connaissances des professionnels de santé sur l'efficacité de cette position sur la prévention des traumatismes périnéaux, on retrouve une méconnaissance générale de cette pratique en soulignant cependant que 71,4% des sages-femmes libérales se sont démarquées en répondant correctement à cette question. Mais étant donné le faible effectif de ce groupe ayant participé à l'étude, on ne peut pas conclure. Cependant, les résultats révèlent une différence statistiquement significative de la pratique des accouchements en décubitus latéral entre les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens. En effet, les sages-femmes pratiquent plus d'accouchements en décubitus latéral que les gynécologues obstétriciens car elles représentent de la physiologie et ont été formées sur cette pratique [31].

k) Concernant la pratique de l'expression abdominale

Malgré des recommandations professionnelles de 2007 éditées par la Haute Autorité de Santé prônant l'abandon de cette pratique délétère pour le périnée, 6,3% des gynécologues obstétriciens, 16,7% des internes, 12,4% des sages-femmes hospitalières publiques, 63,6% des sages-femmes hospitalières privées, 14,3% des sages-femmes libérales ont avoué pratiquer parfois l'expression abdominale lors de l'expulsion. On remarque que la pratique de l'expression abdominale par les sages-femmes hospitalières privées est largement supérieure aux autres professionnels. Une différence statistiquement significative de cette pratique est constatée entre les sages-femmes hospitalières publiques et les sages-femmes hospitalières privées ($p=0,0001$). Pourquoi une telle différence entre praticiens alors que l'information véhiculée de ce sujet est identique ? Il serait intéressant de connaître les raisons qui poussent ces sages-femmes à utiliser cette pratique ayant des conséquences graves, irréversibles, première cause de prolapsus et d'incontinences [32], interdite dans certains pays d'Europe [33]. Les accouchements dans le secteur privé étant dans la majorité des cas réalisés par les gynécologues obstétriciens, cette expression abdominale pratiquée par les sages-femmes s'explique éventuellement par la volonté de participer activement à l'accouchement.

III) Projet d'action

Les résultats de notre étude montrent un manque apparent des connaissances des professionnels de santé. En effet, cela entraîne parfois des pratiques non justifiées et surtout non recommandées.

1) Améliorer les connaissances des professionnels de santé

Les résultats ont souvent montré la méconnaissance des professionnels de santé envers les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux. Il serait donc judicieux de proposer des réunions d'information annuelle sur ce sujet, tout en rappelant les nouvelles recommandations et techniques avec leur degré d'efficacité permettant d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patientes. Ces réunions pourraient être proposées par le chef de pôle ou le chef de service à l'ensemble des professionnels concernés.

Concernant les sages-femmes, le développement professionnel continu (DPC), obligatoire, constitue un outil indispensable à développer [34]. Ce DPC est également obligatoire pour les médecins, chaque année divers thèmes leur sont proposés. Il peut très bien correspondre à des journées professionnelles sages-femmes, organisées par le Collège National des Sages-Femmes, par des associations de formation, pour faire le point sur les données scientifiques concernant les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux et pour évaluer leurs pratiques. Ces actions pourraient aussi être un thème de journée du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne ou encore une formation continue instaurée par l'école de sages-femmes. De même, l'Ordre des sages-femmes devrait multiplier les actions d'informations au niveau national, interrégional ou départemental. Il faut encourager les rencontres professionnelles interrégionales afin d'échanger sur les pratiques.

2) Développer des actions d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

Il est important de développer l'évaluation des pratiques professionnelles pour améliorer la sécurité et la qualité des soins. Ainsi, on peut envisager la mise en place de dispositifs de formation à la démarche technique d'une EPP, participant à la certification des établissements de santé. Cette évaluation est bénéfique aux femmes, aux nouveaux nés, aux services, ainsi qu'aux professionnels eux-mêmes. La démarche d'EPP devient incontournable pour évaluer au plus juste sa pratique quotidienne effective avec les recommandations professionnelles.

3) Informations aux étudiants sages-femmes et internes

Il est évident que la formation initiale doit fournir l'ensemble des connaissances et outils aux étudiants. Il semble important de promouvoir une information sur ces méthodes de prévention des traumatismes périnéaux pendant la première phase des études de sages-femmes. L'information se devra d'être objective en s'appuyant sur les études scientifiques et les recommandations pour laisser ensuite aux étudiants leur propre réflexion sur leur pratique lorsqu'ils exerceront leur profession de manière autonome.

4) Réalisation d'un protocole

La rédaction d'un protocole sur l'utilisation de compresses chaudes pendant la deuxième phase du travail est à envisager. Cette méthode est réalisable et peu coûteuse. Elle réduit de manière significative le taux de déchirures du 3^{ième} et 4^{ième} degré ce qui justifie cette rédaction.

CONCLUSION

Il existe de nombreuses méthodes de prévention des traumatismes périnéaux (utilisation de compresses chaudes, de gel lubrifiant, accouchement en décubitus latéral...) mais peu sont vraiment connues par les professionnels de santé. Un manque de formation et/ou d'information de ces derniers en est sûrement la cause. Concernant les pratiques, globalement les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux sont peu utilisées dans l'exercice quotidien de leur profession.

Les recommandations pour la pratique clinique ainsi que professionnelles ne sont pas appliquées. En effet, certains pratiquent l'épisiotomie systématiquement lors de situation alors qu'il n'existe plus d'indication spécifique. D'autres, pratiquent encore l'expression abdominale alors qu'elle est à proscrire. Cette méconnaissance de ces textes ne fait que confirmer le manque d'accès à l'information de ces professionnels.

Il serait intéressant de connaître les raisons qui incitent les professionnels de santé à utiliser ces techniques délétères pour le périnée, traumatisantes et contraire à la politique actuelle. Celle-ci promeut la physiologie avec le développement d'une ambiance « nature » dans les salles d'accouchement. Elle a pour objectif d'améliorer la satisfaction du couple.

On remarque que plus une méthode est connue plus elle est pratiquée, il est important de fournir une information claire et précise sur ces méthodes de prévention à l'ensemble des professionnels concernés afin d'améliorer la qualité des soins dispensés. Cela peut se présenter sous forme de réunion annuelle organisée par le chef de service ou du pôle à l'ensemble des professionnels concernés par des méthodes de prévention des traumatismes périnéaux ou plus généralement par davantage de publication sur ce sujet. Un manque de publication dans des revues est évident. Il faut sensibiliser ces professionnels pour améliorer leurs connaissances.

Une étude des pratiques actuelles de ces professionnels à l'échelle nationale aurait un intérêt dans la suite de ce travail, ainsi que la réalisation d'une étude similaire en Auvergne dans les années à venir, pour étudier l'évolution des pratiques.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- ▶ 1. Kamina. Anatomie Clinique. Organes urinaires et génitaux, pelvis et coupes du tronc. 2008 ; 4 : 277-291.
- ▶ 2. CNGOF. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? [en ligne]. Tome 28. 2004 [consulté le 07/05/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf>
- ▶ 3. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie[en ligne]. 2005 [consulté le 07/05/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf>
- ▶ 4. Faruel-Fosse H, Vendittelli F. Peut-on réduire le taux des épisiotomies ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 (suppl. au n° 1) : 1568- 76.
- ▶ 5. Sarfati R, Maréchaud M, Magnin G. Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 : 48- 54.
- ▶ 6. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2006 ; 1 : CD005123.
- ▶ 7. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms 3 months after delivery. Am J Obstet Gynecol 2000 ; 182 : 76- 80.
- ▶ 8. Hillebrenner J, Wagenpfeil S, Schuchardt R, Schelling M, Schneider KT. Initial experiences with primiparous women using a new kind of Epi-no labor trainer. Z Geburtshilfe Neonatol. 2001 Jan-Feb ; 205 (1) :12 -9.
- ▶ 9. Ruckhäberle E, Jundt K, Bäuerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker C, Schneider KT. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009 Oct ; 49 (5) : 478-83.
- ▶ 10. Cluett ER, Nikodem VC, Mc Candlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2004 ; 2 : CD000111.
- ▶ 11. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2009 ; 2 : CD000111.
- ▶ 12. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2004 ; 1 : CD002006.
- ▶ 13. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first-stage of labour. The Cochrane Library. 2009 ; 2.
- ▶ 14. Aasheim V, Nilsen ABVika, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 ; 12 : CD006672.

- ▶ 15. Scarabotto LB, Riesco ML. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. *J Midwifery Womens Health*. 2008 ; 53 : 353- 61.
- ▶ 16. Jönsson ER et al. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008 ; 112 : 212- 7.
- ▶ 17. HAS. L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement. Recommandations professionnelles [en ligne]. 2007 [consulté le 21/05/2012]. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ea-_recommandations_.pdf
- ▶ 18. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 4 : CD006067.
- ▶ 19. Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. 2008 ; 35 (1) : 25 -30.
- ▶ 20. Brément S et al. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2007 ; 35 : 637- 644.
- ▶ 21. Paternotte J et al. Accouchement sur le côté. Etude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2012 ; 40 : 279- 283.
- ▶ 22. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *J Reprod Med*. 2003 ; 48(4) : 239 - 42.
- ▶ 23. CNGOF. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique. Extractions instrumentales [en ligne]. 2008 [consulté le 06/09/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf>
- ▶ 24. Schaub A, Litschgi M, Hoesli I, Holzgreve W, Bleul U, Geissbühler V. Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. *J. Perinat. Med*. 2008 ; 36 : 129- 35.
- ▶ 25. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000 ; 95 : 464- 71.
- ▶ 26. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001 ; 322 : 1277- 80.
- ▶ 27. Labrecque M , Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001 ; 108 : 499- 504.
- ▶ 28. L. Albers L, D. Sedler K, J. Bedrick E, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health*. 2005 ; 50 (5) : 365- 72.

- ▶ 29. De Gasquet B. Bien-être et maternité. Paris : Albin Michel ; 2009 : 287- 97.
- ▶ 30. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev 2012 ; 11 : CD000947.
- ▶ 31. Code de Santé Publique. Quatrième partie. Livre 1^{er}. Titre II. Chapitre 7, article R.4127-318 [en ligne]. [consulté le 10 novembre 2012] Disponible à partir de l'URL : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
- ▶ 32. De Gasquet B. Périnée, arrêtons le massacre !.Paris : Marabout ; 2011 : 124.
- ▶ 33. Morina C, Nguyenb F, Leymarie M-C. Les techniques d'aide à l'expulsion. La Revue Sage-Femme 2011 ; 4 : 182- 88.
- ▶ 34. Code de Santé Publique. Quatrième partie. Livre 1^{er}. Titre II. Chapitre 7, article R.4127-304 [en ligne]. [consulté le 10 novembre 2012] Disponible à partir de l'URL : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

ANNEXES

ANNEXE I

Rappel. Tableau des niveaux de preuve et du grade des recommandations selon l'ANAES, par ordre de force décroissante.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins Niveau 4 (NP4) <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	Faible niveau de preuve C
<p>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES.</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	

ANNEXE II

Melle JAFFUEL Morgane
23, rue Paul Clément
63 110 BEAUMONT

A Beaumont, le 22 septembre 2012

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme en cinquième année, je vous sollicite afin de participer à l'étude de mon mémoire. Mon travail de recherche est centré sur l'évaluation des connaissances des professionnels de la périnatalité sur les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux.

Le questionnaire ci-joint s'adresse à toutes les sages-femmes d'Auvergne quel que soit leur mode d'exercice (en excluant les cadres sages-femmes, les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes de la PMI) ainsi qu'aux gynécologues-obstétriciens hospitaliers et internes en gynécologie obstétrique d'Auvergne. Il a pour but d'établir un état des lieux des connaissances de ces professionnels, d'étudier leurs pratiques et d'évaluer leur adéquation avec les données de la littérature.

Si cela vous est possible, ce questionnaire devra être rempli dans le mois qui suit sa réception.

Je demeure à votre disposition pour toute information complémentaire tant sur le questionnaire que sur mon mémoire en général.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

JAFFUEL Morgane
Etudiante sage-femme en 5^{ème} année
Ecole de Clermont-Ferrand
morgane.jaffuel@laposte.net

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE

I) Généralités

1) Quel est votre principal mode d'exercice actuel ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme hospitalière public | <input type="checkbox"/> Interne en gynécologie-obstétrique |
| <input type="checkbox"/> Sage- femme hospitalière privé | <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien hospitalier public |
| <input type="checkbox"/> Sage- femme libérale | <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien hospitalier privé |

2) Pratiquez-vous des gardes en salle d'accouchement ?

- Oui : ≤ 4 gardes / mois
 > 4 gardes / mois

Non

3) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

4) Pour les sages-femmes hospitalières, internes, gynécologues-obstétriciens, dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?

- Niveau 1
 Niveau 2
 Niveau 3

5) Pour les sages-femmes hospitalières, dans quel(s) secteur(s) travaillez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suites de couches | <input type="checkbox"/> Consultations d'obstétrique |
| <input type="checkbox"/> Grossesse à haut risque | <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance et à la parentalité |
| <input type="checkbox"/> Salle d'accouchement | <input type="checkbox"/> Bloc chirurgical |
| <input type="checkbox"/> Pôle violence | <input type="checkbox"/> Exploration urodynamique |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic anténatal | <input type="checkbox"/> Gynécologie |

6) Pour les sages-femmes libérales, avez-vous accès à un plateau technique ?

- Oui
 Non

7) Pour les sages-femmes libérales et de consultations, pratiquez-vous des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Oui

Non

II) Vos connaissances

En anténatal

1) Pensez-vous que l'efficacité du massage périnéal pratiqué en anténatal sur les traumatismes périnéaux est :

Nulle

Prouvée

Probable

Je ne sais pas

2) Avez-vous entendu parler du dispositif EPI-NO®?

Oui

Non

Si oui, quel est son principe ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Pensez-vous que l'efficacité du dispositif EPI-NO® est :

Nulle

Prouvée

Probable

Je ne sais pas

Pendant le travail d'accouchement

1) Avez-vous entendu parler de l'application de compresses chaudes pendant la deuxième phase du travail ?

Oui

Non

Si oui, pensez-vous que l'efficacité de l'application de compresses chaudes sur les déchirures du troisième et quatrième degré est :

Nulle

Prouvée

Probable

Je ne sais pas

2) Pour vous, l'efficacité de l'immersion dans l'eau durant la première phase du travail dans la prévention des traumatismes périnéaux est :

Nulle

Prouvée

Probable

Je ne sais pas

3) L'utilisation de gel lubrifiant pendant la deuxième phase du travail réduit de manière significative les déchirures périnéales :

Vrai

Faux

Pendant l'expulsion

1) Pensez vous que le maintien de la tête fœtale lors de l'expulsion réduit le taux d'épisiotomie ?

Oui

Non

2) Avez-vous entendu parler d'injection de l'hyaluronidase pendant la phase d'expulsion ?

Oui

Non

Si oui, pensez-vous que l'efficacité de l'injection de l'hyaluronidase sur la prévention des traumatismes périnéaux est :

Nulle

Prouvée

Probable

Je ne sais pas

3) Exercer une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale prévient-il les déchirures du troisième et quatrième degré ?

Oui

Non

4) Pensez vous qu'il existe une différence sur l'incidence de l'épisiotomie et des déchirures périnéales entre une poussée en expire et une poussée en bloquant ?

Oui

Non

5) Pour vous, les déperditions sanguines d'un accouchement voie basse avec épisiotomie versus une césarienne sont :

- Moins importantes
- Egale
- Plus importante

6) Quelle(s)est (sont) l(es) indication(s) où l'épisiotomie doit être systématique?

- Primipares
- Manœuvres obstétricales
- Forceps
- Spatules
- Ventouse
- Périnée qui semble sur le point de se rompre
- Variété postérieure
- Présentation de la face
- Fœtus atteint d'un retard de croissance in utero
- Présentation podalique
- Accouchement gémellaire
- Antécédent de lésions périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré
- Mutilations sexuelles
- Suspicion de macrosomie
- Rythme cardiaque fœtale anormal pendant l'expulsion
- Fœtus prématuré
- Aucune

7) L'efficacité d'accoucher en décubitus latéral sur la prévention des traumatismes périnéaux est :

- Nulle
- Probable
- Prouvée
- Je ne sais pas

III) En pratique

1) Pour les sages femmes pratiquant des cours de préparations à la naissance et à la parentalité, parlez-vous du massage périnéal ?

- Oui
- Non

2) Utilisez vous des compresses d'eau chaudes dès la deuxième phase du travail ?

- Oui
- Non

3) Exercez vous une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

Si vous exercez cette pression, vous la réalisez :

Pendant la contraction

En dehors de la contraction

4) Pratiquez-vous l'expression abdominale ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

5) Pour les gynécologues obstétriciens et les internes. Lorsque vous utilisez la ventouse, réalisez-vous une épisiotomie ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

6) Pour les gynécologues obstétriciens et les internes. Lorsque vous utilisez les spatules, réalisez-vous une épisiotomie ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

7) Pour les gynécologues obstétriciens et les internes. Lorsque vous utilisez les forceps, réalisez-vous une épisiotomie ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

8) Lorsque vous suturez une épisiotomie, quelle méthode utilisez-vous le plus souvent:

3 surjets indépendants

Points séparés

Un fil un nœud

9) Avez-vous eu une formation sur la méthode de suture un fil un nœud :

Oui

Non

Si oui, vous avez eu cette formation :

Pendant vos études

Hors études

10) Lorsque que vous suturez une épisiotomie et que la patiente dispose d'une analgésie péridurale, réalisez vous une infiltration périnéale d'anesthésique local ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

11) Utilisez-vous du gel lubrifiant au cours de vos examens vaginaux ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

12) Pratiquez-vous des accouchements en décubitus latéral ?

Jamais

Souvent

Parfois

Toujours

Je vous remercie de votre participation.

ANNEXE IV

Article R4127-318 du Code de la santé publique : (Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1)

I.-Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;

h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;

i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II.-La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III.-Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

ANNEXE V

Article R4127-304 : (Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1)

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2.

Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs.

Article L4153-1

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes.

Article L4153-2

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités selon lesquelles :

1° Les sages-femmes satisfont à leur obligation de développement professionnel continu en maïeutique ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées.

2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires. Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

Introduction : De nombreuses méthodes de prévention des traumatismes périnéaux existent, notamment le massage périnéal, l'immersion dans l'eau, l'utilisation de compresses chaudes, la diminution du taux d'épisiotomie. En effet, la politique actuelle développe une amélioration de la qualité continue des soins. Face à ce constat, il semble intéressant d'étudier les connaissances, les pratiques des professionnels de santé et d'évaluer leur adéquation avec les recommandations et les études scientifiques.

Matériels et méthode : L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de santé concernant les méthodes de prévention des traumatismes périnéaux et d'évaluer leur adéquation avec la revue de la littérature et les recommandations. Il s'agit d'une enquête observationnelle descriptive. Un questionnaire a été distribué aux gynécologues obstétriciens, aux internes en gynécologie obstétrique, aux sages-femmes hospitalières et aux sages-femmes libérales d'Auvergne.

Résultats, Discussion : L'efficacité des méthodes de prévention des traumatismes périnéaux sont globalement méconnues par les professionnels de santé. En ce qui concerne les pratiques actuelles, ces méthodes de prévention sont peu utilisées. La réduction de la pratique de l'épisiotomie est en train de se mettre en place de manière progressive car subsiste des pratiques systématiques de cette dernière lors de situations particulières (forceps, antécédent de déchirures du troisième et quatrième degré, siège...). Il a été mis en évidence que plus les professionnels avaient des connaissances exactes envers une méthode de prévention plus la pratique de cette méthode était réalisée.

Conclusion : Il existe un décalage entre les connaissances, les pratiques des professionnels de santé et les données contenues dans la littérature et les recommandations.

Mots clés : méthodes de prévention, traumatismes périnéaux, connaissances professionnelles, pratiques professionnelles.

Introduction: Many prevention methods of perineal trauma exist, including perineal massage, immersion in water, the use of warm compresses, a lower episiotomy rate. Indeed, the current policy is developing a continuous improvement in the quality of care. Given that, it seems interesting to study knowledges, practices of health professionals and to assess their suitability of their recommendations and scientific studies.

Materials and methods: The aim of this work is to establish an inventory of knowledge and practices of health professionals on how to prevent perineal trauma and to assess their adequacy with the literature review and recommendations. It is a descriptive observational study. A questionnaire was distributed to obstetricians, interns in obstetrics and gynecology, hospital midwives and liberal midwives in Auvergne.

Results, Discussion: The efficiency of methods to prevent perineal trauma are generally ignored by health professionals. About current practices, these prevention methods are hardly ever used. Reducing the use of episiotomy is being put in place progressively as routine practice but remains in particular situations (forceps, tear history of the third and fourth degree, breech presentation...). It was highlighted that the more accurate professional knowledges was about of preventing, the more this method was performed.

Conclusion: There is a gap between knowledge, professional practices and health data in the literature and recommendations.

Keywords: methods of prevention, perineal trauma, professional knowledges, professional practices.